MTT.3 – Berufspraktikum: Trainingstherapie
Protokoll zur Durchführung der Trainingstherapien
(auszufüllen von den Studierenden und zu bestätigen von dem/der Praktikumsanleiter/in)

Name des Studierenden:

Praktikumsstelle: **Bereich:**

Patient/in Nr.:	
Diagnose:	
Zielsetzung:	
Therapien:	

Dokumentation über die Durchführung der Trainingstherapien	
Woche Nr.:	**Bei Teilzeitbeschäftigung bitte 2 Wochen hier dokumentieren!**
Datum	Trainingstherapie (Art, Methode, Dauer, Intensität)
Datum, Unterschrift Praktikumsanleiter/in[1]	

Dokumentation über die Durchführung der Trainingstherapien	
Woche Nr.:	**Bei Teilzeitbeschäftigung bitte 2 Wochen hier dokumentieren!**
Datum	Trainingstherapie (Art, Methode, Dauer, Intensität)
Datum, Unterschrift Praktikumsanleiter/in[1]	

[1] Arzt/Ärztin, Sportwissenschafter/in, Physiotherapeut/in

 © Universität Wien

Dokumentation über die Durchführung der Trainingstherapien	
Woche Nr.:	**Bei Teilzeitbeschäftigung bitte 2 Wochen hier dokumentieren!**
Datum	Trainingstherapie (Art, Methode, Dauer, Intensität)
Datum, Unterschrift Praktikumsanleiter/in[1]	

Dokumentation über die Durchführung der Trainingstherapien	
Woche Nr.:	**Bei Teilzeitbeschäftigung bitte 2 Wochen hier dokumentieren!**
Datum	Trainingstherapie (Art, Methode, Dauer, Intensität)
Datum, Unterschrift Praktikumsanleiter/in[1]	

Abschlussbericht

_____

Datum, Unterschrift betreuende/r Arzt/Ärztin

[1] Arzt/Ärztin, Sportwissenschafter/in, Physiotherapeut/in

 © Universität Wien