



## Sporttauglichkeitsbescheinigung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

Frau/Herr (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

möchte an einem betreuten Sport- bzw. Bewegungsangebot für onkologische Patienten (z. B. Ausdauertraining, Krafttraining, Rehabilitationssport) teilnehmen. Wir bitten um Beurteilung der Sporttauglichkeit für gesundheitsorientiertes Training aus medizinischer Sicht. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen  
OnkoAktiv am NCT Heidelberg e.V.

### Vom Arzt auszufüllen

Die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient ist

- uneingeschränkt sporttauglich für gesundheitsorientiertes Training
- eingeschränkt sporttauglich für gesundheitsorientiertes Training mit folgenden Einschränkungen:

- nicht sporttauglich für gesundheitsorientiertes Training aus folgendem Grund:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis/Stempel:

OnkoAktiv am NCT Heidelberg e.V.

**1. Vorsitzende:**  
Prof. Dr. Elke Jäger  
**2. Vorsitzender:**  
Martin Höpfner  
**3. Vorsitzender:**  
PD Dr. Joachim Wiskemann  
**4. Vorsitzender:**  
Dr. Matthias Zimmermann  
**Schatzmeisterin:**  
Prof. Dr. Friederike Rosenberger  
**Schriftführerin:**  
Beate Biazeck

**Geschäftsführung/Koordinatorin**  
**OnkoAktiv:**  
Beate Biazeck

Im Neuenheimer Feld 460  
D-69120 Heidelberg  
Telefon +49 6221 56-4693/-35669  
Telefax +49 6221 56-7109  
onkoaktiv@nct-heidelberg.de

Volksbank Kurpfalz eG  
BIC: GENODE61WNNM  
IBAN: DE29 6709 2300 0033 2619 50



NCT

NATIONALES CENTRUM  
FÜR TUMORERKRANKUNGEN  
HEIDELBERG

getragen von:  
Deutsches Krebsforschungszentrum  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Thoraxklinik Heidelberg  
Deutsche Krebshilfe