

Anlage B

ÄRZTLICHES ZEUGNIS FÜR DEN SPORT

zur Gewährung von Beiträgen an Personen mit Behinderung für den Kauf von prothetischen Behelfen zur Ausübung von Amateursport

ANGABEN DES/DER PATIENTEN/PATIENTIN

VORNAME _____ FAMILIENNAME _____

GEBURTSORT _____ GEBURTSDATUM _____

Steuernummer _____ WOHNHAFT IN _____

STRASSE _____ E-Mail _____

Tel. _____

Es wird darauf hingewiesen, dass der/die Patient/in folgendes erklärt:

- bereits motorische Tätigkeiten bzw. Amateursport auszuüben (die Sportdisziplin angeben: _____);
- derzeit keine motorischen Tätigkeiten bzw. Amateursport auszuüben.

Die Typologie der motorische Tätigkeiten bzw. des Amateursports detailliert angeben, welche der/die Patient/in erklärt, ausüben zu wollen

Aufgrund der von mir durchgeführten Visite bestätige ich hiermit, dass der/die Patient:In in der Lage ist, motorische Tätigkeiten bzw. Amateursport mit passender technischer bzw. prothetischer Unterstützung auszuüben.

Für Patienten, welche vom Bein amputiert sind, bestätige ich, dass der Patient in der Lage ist, motorische Tätigkeiten bzw. Amateursport mit hohem muskulären und physischen Impact (K4) auszuüben.

ANMERKUNGEN

ORT UND DATUM

STEMPEL UND UNTERSCHRIFT

DES/DER

ARZTES/ÄRZTIN

Amba-Alagi-Strasse, 33 | 39100 Bozen
3° Stock - Tel. 0471 439 129

<http://www.sabes.it> | protetica.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

via Amba Alagi, 33 | 39100 Bolzano
3° Piano - Tel. 0471 439 129

<http://www.sabes.it> | protetica.bz@sabes.it

Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211