
Beginn	Leistung
---------------	-----------------

Termine für Montag

Visite

08:30 Krankengymnastik

09:30 Gang Teilbelastung

14:00 Lymphdrainage

16:00 Therabandgruppe

Termine für Dienstag

Visite

09:30 Bad Hüfte/Knie 1

11:00 MTT (Gerätetraining)

12:30 Gang Teilbelastung

13:00 Endoprothesenschulung

14:20 Kältebehandlung

14:30 Krankengymnastik

15:30 Hüfte/Knie Gruppe

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift alle durch unsere Mitarbeiter abgezeichneten Anwendungen erhalten zu haben.

Unterschrift

Beginn	Leistung
---------------	-----------------

Termine für Mittwoch

Visite

10:30 Krankengymnastik

13:00 Gang Teilbelastung

14:00 MTT (Gerätetraining)

15:20 Lymphdrainage

Termine für Donnerstag

Visite

09:30 Gang Teilbelastung

11:00 Endoprothesenschulung

13:30 Hüfte/Knie Gruppe

16:00 Therabandgruppe

19:00 Freizeitsport Kraft

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift alle durch unsere Mitarbeiter abgezeichneten Anwendungen erhalten zu haben.

Unterschrift

Beginn	Leistung
--------	----------

Termine für Freitag

Visite

11:00 Therabandgruppe

12:30 Krankengymnastik

13:00 MTT (Gerätetraining)

14:50 Kältebehandlung

16:00 Hüfte/Knie Gruppe

18:00 Bad Hüfte/Knie 1

Termine für Samstag

Visite ab 08:30 Uhr

09:00 MTT (Gerätetraining)

11:40 Lymphdrainage

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift alle durch unsere Mitarbeiter abgezeichneten Anwendungen erhalten zu haben.

Unterschrift