

**Gültigkeit/Verteiler:**

|      |    |      |     |    |    |     |      |     |    |    |    |    |    |
|------|----|------|-----|----|----|-----|------|-----|----|----|----|----|----|
| X    |    |      |     |    |    |     |      |     |    |    |    |    |    |
| Alle | GF | Med. | MSD | PD | PT | Phy | Ergo | VwE | Kü | Se | HT | Fa | Re |

## **T-RENA Trainingsbestätigung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Pat/Lst.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte vereinbaren Sie immer bei der Terminierung Termine für Ihr Training, damit diese im System hinterlegt sind!  
 Sie müssen sich nur an den Tag halten, die Uhrzeit ist frei wählbar.**

| Einheit    | Datum | Unterschrift Patient |
|------------|-------|----------------------|
| Einführung |       |                      |
| 1          |       |                      |
| 2          |       |                      |
| 3          |       |                      |
| 4          |       |                      |
| 5          |       |                      |
| 6          |       |                      |
| 7          |       |                      |
| 8          |       |                      |
| 9          |       |                      |
| 10         |       |                      |
| 11         |       |                      |
| 12         |       |                      |
| 13         |       |                      |
| 14         |       |                      |
| 15         |       |                      |
| 16         |       |                      |
| 17         |       |                      |
| 18         |       |                      |
| 19         |       |                      |

**Gültigkeit/Verteiler:**

|             |           |             |            |           |           |            |             |            |           |           |           |           |           |
|-------------|-----------|-------------|------------|-----------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| X           |           |             |            |           |           |            |             |            |           |           |           |           |           |
| <b>Alle</b> | <b>GF</b> | <b>Med.</b> | <b>MSD</b> | <b>PD</b> | <b>PT</b> | <b>Phy</b> | <b>Ergo</b> | <b>VwE</b> | <b>Kü</b> | <b>Se</b> | <b>HT</b> | <b>Fa</b> | <b>Re</b> |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |
| 31 |  |  |
| 32 |  |  |
| 33 |  |  |
| 34 |  |  |
| 35 |  |  |
| 36 |  |  |
| 37 |  |  |
| 38 |  |  |
| 39 |  |  |