St. Bernward Krankenhaus
Für Leib und Seele

Adipositaszentrum

Bewegungsnachweis in Woche von _____bis_____

Tag	Waren Sie sportlich aktiv?	Was wurde gemacht/Sportart? (z.b. Rad fahren, walken …)	Eigene Bemerkungen
Mo	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
Di	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
Mi	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
Do	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
Fr	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
Sa	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		
So	☐ nein ☐ ja, Dauer in Minuten:		

Summe der geleisteten Minuten _____