

ABSCHLUSSGESPRÄCH BEWEGUNGSFÖRDERUNG UND BEWEGUNGSTHERAPIE

LEITFADEN FÜR JUGENDLICHE (AB CA. 14 JAHREN)

Sporttherapeut*in _____

Datum _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Alter _____

Wohnort _____

Geschwister (Alter) _____

Diagnose(n): _____

Therapie: _____

Lokaltherapie (geplant) nein ja, welche _____

Aktuelle Einschränkungen: _____

Rückblick: Bewegungsförderung und Bewegungstherapie in der Akutphase

Regelmäßige Teilnahme? ja nein, weil _____

Hinweis: ggf. Evaluation Bewegungsförderung und -therapie ausfüllen lassen! erfolgt am: _____

Ausblick: Körperliche und sportliche Aktivität nach Abschluss der Akutphase

Kurze Erklärung: Warum ist es wichtig genau jetzt weiter körperlich und sportlich aktiv zu bleiben (z.B. fit zu werden bzw. bleiben, Rückkehr in den normalen Alltag, Kontakt zu Freunden bzw. neue Freunde finden, ...)

Jugendliche*r

Wünsche und Ziele _____
(z.B. alte und neue Sportart(en), Vereinsmitgliedschaft, Freizeitaktivitäten, Teilnahme am Schul- bzw. Kindergarten(sport))

Sorgen und Ängste _____
(z.B. nicht mithalten können, Sorge keine neue passende Sportart zu finden)

Wiedereinstieg in Sportstrukturen: Wurde der Wiedereinstieg bereits geplant?

Schulsport ja nein _____

Vereinssport ja nein _____

Freizeitsport ja nein _____

Notizen

Informationen: Besteht aktuell weiterer Informationsbedarf? ja nein

Konkret besprochene Aspekte und Lösungsvorschläge:

Erstellt von:

Sportteam Kinderhämatologie, -Onkologie und Stammzelltransplantation
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Department Clinical Medicine | TUM School of Medicine and Health
Kinderklinik München Schwabing
Eine Kooperation der München Klinik (gGmbH) und
des Klinikums rechts der Isar (AöR) der Technischen Universität München



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin: Eine Kooperation der München Klinik und des Klinikums rechts der Isar der TUM

ABSCHLUSSGESPRÄCH BEWEGUNGSFÖRDERUNG UND BEWEGUNGSTHERAPIE

LEITFADEN FÜR JUGENDLICHE (AB CA. 14 JAHREN)

Kontaktaufnahme zu Sportstrukturen gewünscht? ja nein

Sportlehrer*in (Name, Schule, Kontakt) _____

Trainer*in (Name, Verein, Kontakt) _____

Geplante Vorgehensweise _____

Interesse an weiteren Angeboten

Regelmäßige Nachsorgeangebote

Schnuppersportangebote

Sportaktionstage des NAOK Zentrum _____ (kurze Erläuterung!)

Sonstiges _____

Aufnahme in den E-Mail Verteiler NAOK Zentrum _____ gewünscht? ja nein

Kontaktdaten

Email _____

Telefon _____

Erlaubnis der Kontaktaufnahme ja nein

Ort, Datum

*Unterschrift Jugendliche*r*

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Erstellt von:

Sportteam Kinderhämatologie, -Onkologie und Stammzelltransplantation

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Department Clinical Medicine | TUM School of Medicine and Health

Kinderklinik München Schwabing

Eine Kooperation der München Klinik (gGmbH) und

des Klinikums rechts der Isar (AöR) der Technischen Universität München

m^{kk}
**MÜNCHEN
KLINIK**

ARI TUM

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin: Eine Kooperation der München Klinik und des Klinikums rechts der Isar der TUM