



Allgemeiner Turnverein (ATV) 1927 Geilenkirchen e. V.



Leistungsvereinbarung und Einwilligungserklärung Datennutzung Rehabilitationssport zur Teilnahme am Rehasport gemäß ärztlicher Verordnung nach §44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX zwischen Allgemeiner Turnverein (ATV) 1927 Geilenkirchen e.V. und

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnort (Straße, PLZ, Ort) _____

Tel.Nr. Festnetz: _____ Mobil _____ E-Mail _____

Die Termine und Dauer der Rehasportstunden sind auf den Internetseiten des ATV Geilenkirchen hinterlegt.

Hinweise zur Vereinsmitgliedschaft:

Um am Rehabilitationssport teilzunehmen, gibt es keine Verpflichtung, eine Aufnahmegebühr zu entrichten, Eigenbeiträge zu leisten und/oder Mitglied im Verein zu werden. Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch von den Sozialversicherungsträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis begrüßt

Versäumnis von Übungsstunden:

Der Teilnehmer am verordneten Rehabilitationssport trägt eine Eigenverantwortung für den Rehabilitationsprozess und die Erreichung der Rehabilitationsziele. Eine aktive Mitwirkung und die regelmäßige Teilnahme am Rehabilitationssport werden deshalb vorausgesetzt. Der Teilnehmer ist verpflichtet, für den Fall, dass er eine Übungsstunde nicht wahrnehmen kann, diese rechtzeitig, grundsätzlich mindestens 24 Stunden vorher, beim Übungsleiter der Gruppe abzusagen.

Bei mehr als dreimaligem unentschuldigtem Fehlen ist der Verein berechtigt, diese Leistungsvereinbarung außerordentlich mit sofortiger Wirkung schriftlich zu beenden. In diesen Fällen endet auch der Anspruch auf Teilnahme an den Übungsveranstaltungen zu Lasten der Rehabilitationsträger.

Beendigung der Leistungsvereinbarung:

Diese Leistungsvereinbarung endet automatisch mit dem Auslaufen der von dem Kostenträger genehmigten ärztlichen Verordnung und der Absolvierung der verordneten Einheiten. Der Teilnehmer ist im Einzelfall berechtigt, die Leistungsvereinbarung vorzeitig zu beenden.

Einwilligungserklärung Datennutzung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen erhoben, verarbeitet, und den Übungsleitern und Mitarbeitern des Vereins und betreuenden Ärzten des jeweiligen Angebots zur Verfügung gestellt werden, um mögliche gesundheitliche Einschränkungen besser einzuschätzen. Meine personenbezogenen Daten bezüglich der Abrechnung und Rückerstattung der Kosten für die Maßnahmen sowie zur Prüfung der zertifizierten Angebote werden auch an Dritte weitergeleitet.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann mit der Folge, dass eine Teilnahme an der Rehasport Maßnahme nicht möglich ist, verweigert werden.

Ich stimme außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecken des ATV Geilenkirchen entspricht.

Teilnehmer/in: _____ Geilenkirchen, _____

Datum / Unterschrift

Allgemeiner Turnverein (ATV) 1927 Geilenkirchen e. V.

Eingetragen im Vereinsregister unter VR 60034

Postfach 1310
52503 Geilenkirchen
☎ 02451-4868020
✉ info@atvgeilenkirchen.de
🌐 www.atvgeilenkirchen.de

Geschäftsführender Vorstand
Vorsitzender: Volker Kirschbaum
Stellv. Vorsitzender: Thomas Kaiser
Geschäftsführer: Uwe Reichert
Schatzmeisterin: Helen Bösl

Bankverbindung: Kreissparkasse Heinsberg
IBAN: DE29 3125 1220 0000 0196 46
BIC: WELADED1ERK
☎ Rehasport: 02451-923239
✉ abt.rehasport@atvgeilenkirchen.de

REHABILITATIONSSPORT

Fragebogen für Teilnehmer/-innen



Warum ist dieser Fragebogen wichtig?

Ihre Angaben tragen dazu bei, dass der Verein das richtige Angebot für Sie findet. Außerdem geben Sie der Übungsleitung – und im Herzsport auch der anwesenden ärztlichen Betreuung – wichtige Informationen, die nicht auf dem Verordnungsbogen stehen. So können Sie individuell belastet und betreut werden. Auf diese Weise wird der Rehabilitationssport für alle Beteiligten noch sicherer.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wohnort (Straße, PLZ, Ort) _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Hauptdiagnose: Wegen welcher Erkrankung/Behinderung nehmen Sie am Rehasport teil?

Nebendiagnosen: Welche Erkrankungen/Behinderungen haben Sie sonst noch?

Inwieweit ist Ihre Belastbarkeit eingeschränkt? (Knie-/Hüft-Prothese, Herzschrittmacher, ...)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Zusätzliche Angaben bei Teilnahme am Herzsport

Fahrrad-Ergometertest am _____

Belastungsgrenze _____ Watt pro Minute

Belastungspuls _____ Schläge pro Minute

Für wen sind Ihre Angaben bestimmt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben ausschließlich zur Nutzung durch Übungsleitung und Vereinsarzt/-ärztin der Rehabilitationssportgruppe.

Datum _____ Unterschrift _____