

Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten und den Schein unterschrieben an uns zurückzugeben.

Vielen Dank.

**Kontaktdaten:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitarbeiter der Rehaklinik Schwedenstein / Klinik Schloss Pulsnitz  ja  nein

Ich möchte zukünftig über Aktuelles des Therapiezentrums am Schwedenstein informiert werden und bin damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine hier angegeben Daten genutzt werden können. Ein einmal gegebenes Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen – eine kurze Nachricht genügt.

**Hinweise zum Kurs:**

**AGB:** Beachten Sie die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Kurse der Rehaklinik Schwedenstein/ des Therapiezentrums am Schwedenstein. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese AGB an.

**Anmeldung:** Die Anmeldung zum Kurs kann telefonisch unter 035955 – 47 689 oder per E-Mail unter [therapiezentrum.schwedenstein@vitrea-gesundheit.de](mailto:therapiezentrum.schwedenstein@vitrea-gesundheit.de) erfolgen.

**Voraussetzungen zur verbindlichen Anmeldung:**

- ausgefüllter und unterschriebener Aufnahmefragebogen
- Eintragung in eine entsprechende Kursliste und Bestätigung des Datums und der Uhrzeit des ersten Kurstages durch einen Mitarbeiter der Physiotherapie
- vorliegender Zahlungsbeleg zur Kursgebühr

- Kursgebühr:** Die Kursgebühr in Höhe von 130,00 Euro (für 10 Kurseinheiten innerhalb von 12 Kurswochen) ist vor Kursbeginn zu entrichten.
- Die Zahlung kann in bar oder mit Karte an der Rezeption (Montag – Donnerstag, 8:30 Uhr - 16:00 Uhr sowie Freitag, 8:30 Uhr - 15:00 Uhr) der Klinik erfolgen oder Sie überweisen die Kursgebühr unter Angabe Ihres Namens und des Kurstitels auf folgendes Konto:  
Name: VITREA Rehaklinik Schwedenstein GmbH  
Bank: Commerzbank  
IBAN: DE 48 1004 0000 0192 0768 00
- Eine Zahlung beim Kurs/Kursleiter ist nicht möglich. Bitte bringen Sie dort nur die Quittung bzw. den Einzahlungsbeleg mit.
- Kostenerstattung:** Bei diesem Kurs handelt es sich um eine reine Privatleistung. Eine Erstattungsfähigkeit und deren Höhe erfragen Sie bitte bei Ihrer jeweiligen Krankenkasse. Eine Gewähr auf Erstattung des Kurses kann unsererseits nicht übernommen werden.
- Treffpunkt:** Wir bitten Sie an allen Kurseinheiten ca. 10 Minuten vor Kursbeginn zu kommen, damit der Kurs pünktlich zur angegebenen Zeit starten kann. Der Treffpunkt ist im Glasgang zwischen den Klinikgebäuden.
- Mitzubringen sind:** Bitte bringen Sie **bequeme Kleidung oder Sportsachen und ein großes Handtuch** mit.

---

Datum

---

Unterschrift

**Selbsteinschätzung**

(Diese Blatt muss nicht abgegeben werden.)

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

der Eingangsfragebogen ist ein Fragenkatalog, mit dem Sie auf einfache Weise **selbst** einschätzen können, ob aus medizinischer Sichtweise grundsätzliche Bedenken bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten bestehen. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen mit „ja“ oder „nein“.

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten “etwas am Herzen” und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich oder sportlich aktiv sein sollten?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

**JA auf eine oder mehrere Fragen:**

Bitte suchen Sie Ihren Arzt auf, bevor Sie körperlich/sportlich aktiv werden. Berichten Sie Ihrem Arzt über den Gesundheits-Check und darüber, welche Fragen Sie mit „Ja“ beantwortet haben. \*

\*Information zum Fragebogen: Der Fragebogen lehnt sich an den „Einstiegsfragebogen für Sporttreibende“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention an, der seinerseits auf dem PAR-Q Test beruht. Der Fragebogen dient der Selbsteinschätzung durch den Sporttreibenden. Für den Einsatz des Fragebogens und die daraufhin aufgenommenen Aktivitäten wird keine Verantwortung übernommen. In allen Zweifelsfällen sollte vor Aufnahme der Aktivitäten ein Arzt aufgesucht werden.

