

geprüfter Kurs nach § 20 Abs.1 SGB V Primärprävention

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 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 (geschlossener Kurs, max. 10 Kurseinheiten) 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 Klink 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: Die Kurse wurden in unserem Hause von den Krankenkassen nach § 20 Abs.1 SGB V Primärprävention geprüft und zugelassen. Die Erstattungsfähigkeit und deren Höhe erfragen Sie bitte bei Ihrer jeweiligen Krankenkasse. Eine Gewähr auf Erstattung des Kurses kann unsererseits nicht übernommen werden.

Am Ende des Kurses erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung, die Sie bei regelmäßiger Anwesenheit im Rahmen der Präventionsmaßnahme bei Ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen können.

Erster Kurstag: Am ersten Kurstag ist der Treffpunkt im Wartebereich der Physiotherapie (Untergeschoss), ca. 20 Minuten vor angegebenen Kursbeginn, damit die Kursleiterin Sie in die Räumlichkeiten einweisen kann.

Wir bitten Sie an allen anderen Kurseinheiten ca. 10 Minuten vor Kursbeginn zu kommen, damit der Kurs pünktlich zur angegebenen Zeit starten kann.

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?	☐ ja / ☐ nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	☐ ja / ☐ nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	☐ ja / ☐ nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	☐ ja / ☐ nein
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	☐ ja / ☐ nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	☐ ja / ☐ nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich oder sportlich aktiv sein sollten?	☐ ja / ☐ 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.