

Anmeldung zum Rehabilitationssport

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

E-Mail

ich möchte regelmäßig Arzt Forum Freiburg e.V. Newsletter erhalten.
Dieser kann jederzeit unter www.arztforumfreiburg.de wieder abbestellt werden.

Krankenkasse

überweisender Arzt

gesetzlich versichert Mitglied Angehöriger Rentner

Teilnahme über
Rentenversicherungsträger

privat versichert Beihilfe

Folgende Informationen habe ich erhalten und bestätige deren Kenntnisnahme durch meine Unterschrift:

1. Es kann erforderlich sein, dass der verantwortliche Übungsleiter oder die Sie beratende Geschäftsstelle mit dem behandelnden Arzt Rücksprache nimmt und diesem gegenüber Auskunft erteilt, soweit dies zur Durchführung der Therapie oder der Sicherung des Therapieerfolgs erforderlich ist. Sie erklären ausdrücklich, dass Sie damit einverstanden sind und Sie diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen können.
2. Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten zur weiteren Verarbeitung und der Abrechnung mit den Kostenträgern an unseren Abrechnungsdienstleister Aktiv Reha GmbH übermittelt werden.
3. Der Verein ist für den Nachweis der ordnungsgemäßen Beratung im Rahmen des Rehabilitationssports verantwortlich. Um im Zweifelsfall einen Nachweis über die ordnungsgemäße Beratung erbringen zu können, ist der Beratungsprozess zu dokumentieren. Dies geschieht anhand eines Beratungsprotokolls. Diese Dokumentation muss insbesondere eindeutig die Freiwilligkeit im Falle einer Mitgliedschaft und die Möglichkeit zur zuzahlungsfreien Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport ausweisen (RV Ziff. 17.4, 17.5).
4. Nach dreimaliger nichtbegründeter Unterbrechung des Rehabilitationssports ist der Verein berechtigt den Teilnehmer aus dem Kurs auszuschließen.

5. **Datenschutzerklärung:** Um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Verordnung für Rehabilitationssport nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeiten) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern einen effiziente und für Sie erfolgreichen Rehabilitationssport.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserem Verein standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem Übungsleiter oder Betreuungsarzt der Herzgruppe.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unserer Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung, dazu kommen, dass der Übungsleiter oder Verein die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihren Übungsleiter oder die Geschäftsstelle. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an Unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

6. **Einwilligung zur Fotodokumentation:** Zur besseren Trainingsorganisation- und dokumentation wird von Ihnen zu Beginn Ihres Trainings ein Foto von Ihnen aufgenommen. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation im Rahmen meines Trainings erstellt und zu rein therapeutischen und organisatorischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert wird.
7. **Widerrufserklärung:** Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann. Das entsprechende Formular erhalten Sie in unserer Geschäftsstelle.

Datum

Unterschrift des Patienten

