

Name:	Vorname:
-------	----------

Verein:

Name:	Vorname:
Anschrift:	Telefon:
Geburtstag:	Beruf/Tätigkeit:*
Überweisende Ärzt*in/Hausarzt*in: <small>(Name, Anschrift, Telefon)</small>	
Körpergröße:*	Gewicht:*

Erkrankungen / Diagnosen	Bemerkungen / Ergänzungen / Medikamente / OP's (in den letzten 10 Jahren)
Herzerkrankungen (siehe Rückseite!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Durchblutungsstörungen / Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutdruck _____	
Hypertonie (hoher Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hypotonie (niedriger Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tablettenpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Insulinpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arthrose / Arthritis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Endoprothesen (TEP) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Halswirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Brustwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenfunktionsstörungen	
Hyperthyreose (Überfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hypothyreose (Unterfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere Erkrankungen:	
Weitere Medikamente:	
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name: _____ Telefon: _____	

Datum, Ort:	Unterschrift Interessent*in:
-------------	------------------------------

Wird vom Verein ausgefüllt:	
Übungszeit:	Übungsort:
Beginn voraussichtlich ab:	
Arztuntersuchungstermin (falls gewünscht):	

**Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport
Erfassungsbogen für Herzgruppen / Koronarsport
(Angaben des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin)**



Erkrankungen / Diagnosen:	
Medikamente:	

Ergometertest

Datum/Uhrzeit					
Medikamente <small>(Zeitpunkt der Einnahme am Tage)</small>					

Belastungs-EKG

Ruhepuls					
Max. Watt					
Max. HF					
RR vor Belastung					
RR nach Belastung					
Abbruchkriterien					

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name, Vorname: Telefon:
--

Name, Vorname der Ärzt*in:	Anschrift:
Unterschrift der Ärzt*in:	Ort, Datum:

Teil dieses Eingangsfragebogens ist die als Anlage beigefügte „Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport“ deren Kenntnisnahme durch meine dort gesondert zu leistende Unterschrift bestätigt wird.

Die Verwendbarkeit dieses Eingangsfragebogens ist bedingt durch die auf der Anlage „Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport“ zu leistende Unterschrift. Ihre personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische sowie organisatorische Maßnahmen vor einer Kenntnisnahme durch Dritte geschützt; weitere Informationen zum Schutz Ihrer Daten erhalten Sie auf Anfrage in unserer Geschäftsstelle.

Hiermit willige ich _____ (Name, Vorname, Geb.-Dat.) darin ein, dass meine personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) aus dem beiliegenden Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport durch den Verein

_____ (Verantwortliche*r: _____, Kontakt: _____) zum Zweck der Angebotszuordnung, inhaltlichen Gestaltung und Verwaltung der Übungseinheiten erhoben, gespeichert und an die zugeordnete/n **Übungsleitung/en** sowie ggf. an die betreuende **Ärzt*in** des Vereins übermittelt werden dürfen.

Folgende Daten werden durch den Verein _____ erhoben, gespeichert und ggf. übermittelt:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
- Telefonnummer
- Körpergröße und -gewicht
- Verordnende Ärzt*in
- Angegebene Erkrankungen/Diagnosen
- Medikation
- Notfallkontakt
- Messwerte des Ergometertests (bei Herzgruppen)
- Messwerte des Belastungs-EKGs (bei Herzgruppen)

Dauer der Speicherung:

Die o.g. personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) werden maximal bis zum der Ende Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport aufbewahrt. Personenbezogene Daten werden im Rahmen der Teilnehmenden-/Mitgliederverwaltung bis _____ aufbewahrt.

Ansprechperson zum Datenschutz:

Datenschutzbeauftragte Person des Vereins: _____
Kontakt: _____

Die für den Verein zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter:

Ihnen stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden

Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO.

Freiwilligkeit der Einwilligung und Recht zum Widerruf:

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Einwilligung in die Datenerhebung und -weitergabe freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Verein widerrufen kann. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Folgen des Widerrufs:

Ein Widerruf der freiwilligen Einwilligung hat zur Folge, dass die im Eingangsfragebogen erhobenen Gesundheitsdaten nicht an die zugewiesene(n) Übungsleitung(en) übermittelt werden können. Die Übungsauswahl enthält daher ggf. Übungen, die aufgrund des Gesundheitszustandes nicht absolviert werden können.

Ort, Datum, Unterschrift Interessent*in