

Stammdatenblatt Rehabilitationssport

Name: _____ Vorname: _____
Telefon priv.: _____ Mobil: _____
Email: _____ Geburtsdatum: _____
Verordnungszeitraum: _____ Trainingstag/ -zeit ab: _____
Verordnung beinhaltet: 50 ÜE/18 M (...) 90 ÜE/24 M (...) 120 ÜE/36 M (...) RV/ 6 M (...) T-Rena/ 26 E (...)

Folgende Informationen sind für den Rehasportler verpflichtend:

1. Ein Krankenkassenwechsel wird sofort bekannt gegeben. Falls dies nicht geschieht und die Kosten von der neuen Krankenkasse nicht übernommen werden, stellt der Verein eine Rechnung an den Sportler mit angefallenen Kosten.
2. Bei einem entschuldigten sowie unentschuldigten Fernbleiben von 6 Wochen von der Therapie hat der Versicherte keinen Anspruch mehr auf den gleichen Therapieplatz in der Rehasportgruppe.
3. Die Nutzung der Parkplätze vor der Trainingsstätte ist nicht gestattet.
4. Die Nutzung der Wasserautomaten ist nicht inbegriffen.

Datum _____ Unterschrift Rehasportler _____ Unterschrift Vereinsvertreter _____

Das „**Merkblatt Datenschutz**“ (Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 EU – Datenschutzgrundverordnung) des Aktion Gesundheit Meißen e.V. habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum _____ Unterschrift Rehasportler (bzw. Eltern bei Minderjährigen) _____
_____ x _____

In unserer Rundmail informieren wir Sie per **E-Mail** über aktuelle Neuigkeiten bezüglich der Reha-Organisation (bspw. Kursplanänderungen). Dies ist ein kostenloser Service für Sie. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name und E-Mail-Adresse) zum Zwecke der Information durch den Aktion Gesundheit Meißen e.V. genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorher benannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann, z.B. als formlose E-Mail an info@aktion-gesundheit-meissen.de

Datum _____ Unterschrift Rehasportler (bzw. Eltern bei Minderjährigen) _____
_____ x _____