

Präventionskursanmeldung

bei :



Hiermit melde ich,

(Name, Straße, Hausnr., PLZ Wohnort)

mich verbindlich zu folgendem Präventionskurs an:

Name des Kurses: **Faszien Gym**

Beginn des Kurses: _____

Kosten des Kurses: **120 €**

Dieser Kurs findet an **10** Terminen á **60** Min. voraussichtlich

vom: _____ bis zum _____ statt.

Ich erkläre, die Kosten in Höhe von **120** Euro selbst zu tragen, sollte ich bei Verhinderung nicht 7 Tage vor Kursbeginn absagen. Damit ermögliche ich anderen Interessenten die Teilnahme an diesem Präventionskurs.

Die Rückantwort schicken sie bitte per Fax : 0491/45445879

per Mail: info@moc-leer.de

per Post: Groninger Str. 40, 26789 Leer

14 Tage vor Kursbeginn an uns zurück.

Unterschrift Kunde

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung auf Grundlage des neuen Datenschutzgesetzes

Von: Herrn/Frau _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis

Marc-Oliver Cyganek, Groninger Str. 40, 26789 Leer

meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, genutzt und verarbeitet werden: Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrages, Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, Abrechnung mit Abrechnungsstellen oder dem Patienten selbst, zur therapeutischen Dokumentation, zur Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, Krankenkasse und/oder Abrechnungsfirmen weitergegeben werden oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an

Marc-Oliver Cyganek, Groninger Str. 40, 26789 Leer.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen schriftlichen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Unterschrift: _____

Leer, den _____

Wir danken für Ihr Verständnis - Ihr MOC-Praxis Team

Eingangsfragebogen zur Abschätzung des gesundheitlichen Risikos für Sporttreibende

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrung erhalten. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Kursprogramm entwickeln zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Name:

Geschlecht:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Stadt:

1. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf beschreiben?

überwiegend sitzend überwiegend stehend überwiegend in Bewegung

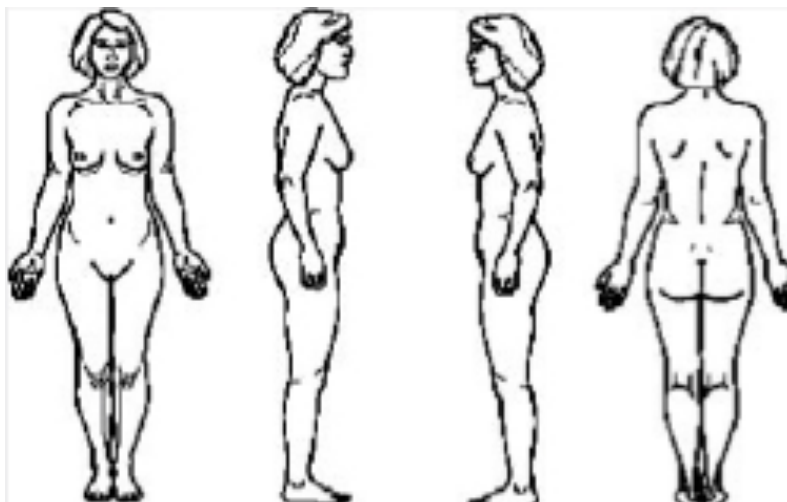
2. Wie viel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

keine besondere Anstrengung mäßige körperliche Anstrengung hohe körperliche Anstrengung

3. Haben Sie derzeit Schmerzen?

Ja Nein

3a. Wenn „Ja“, wo haben Sie Schmerzen? (bitte einzeichnen!)



3b. Wenn „Ja“, wann haben Sie Schmerzen?

konstant belastungsabhängig hin und wieder eher
selten

4. Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen zur Zeit ein?

(0 = keine Schmerzen 10 = die schlimmsten vorstellbaren Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt? (0 = gar nicht – 10 = absolut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Wurden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungssystems von einem Arzt festgestellt?

Nein Arthrose M. Bechterew Bandscheibenvorfall Osteoporose
 entzündliches Rheuma Skoliose sonstige Rückenleiden

Unfallfolgen, und zwar _____
 Operationen, und zwar _____
 sonstiges, und zwar _____

6a. Sind Sie zur Zeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

Ja Nein

7. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems oder der Atmungsorgane von einem Arzt festgestellt?

Nein
 hoher Blutdruck Herzinfarkt Herzinsuffizienz / Schwäche Angina pectoris
 Herzmuskelentzündung Asthma bronchiale chronische Bronchitis
 insulinpflichtiger Diabetes obstruktive Atemwegserkrankungen

sonstige, und zwar _____

7a. Fühlen Sie sich durch die genannte Erkrankung in der körperlichen Aktivität eingeschränkt?

Ja Nein

7b. Sind Sie zur Zeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Haftungsausschlussvereinbarung



Im Rahmen der Beratungen und Kursangebote werden Ihnen Empfehlungen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes, notwendig. Sie haben bereits den Eingangsfragebogen ausgefüllt. Ausdrücklich geben wir deshalb nochmals zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig ist.

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

- Zustand nach einem abgelaufenen Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Verengung der Herzkranzgefäße (sog. Koronare Herzkrankheit)
- Bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck systolisch über 160 mmHg und/oder diastolisch über 95 mmHg
- Diabetes mellitus Typ I und II
- Zustand bei akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall
- Tumorerkrankungen

Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Beachten Sie, dass vor Beginn des Kursangebots und vor allem auch nach der Intervention keine Schmerzen auftreten sollten. In diesem Fall ist der Kursleiter darauf hinzuweisen und zwingend der Arzt aufzusuchen.

Alle Kurse in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in allen oben genannten Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z. B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit Ihrem Haus-, Fach- oder Werkarzt.

Jegliche Teilnahme an Ernährungs-, Bewegungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes und den Eingangsfragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____