**Anmeldung zur Teilnahme am Rehabilitationssport/Funktionstraining**

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen die Teilnahme am Rehabilitationssportsport bzw. Funktionstraining verordnet.

**Diese Verordnung ist Teil einer ärztlichen Behandlung, die Sie durch regelmäßige Teilnahme am Sport unterstützen sollten.**
**Um Trainingsausfälle zu vermeiden, bieten wir feste Trainingszeiten an.**

**Bitte berücksichtigen Sie diese bei Ihrer Terminplanung.**

*Wir behalten uns vor Ihre Teilnahme nach 3-wöchigem Ausfall bzw. einer Teilnahme von weniger als 3 x monatlich zu beenden. Berücksichtigung finden Jahresurlaub und Ausfall wegen vorübergehender Krankheit/Arbeitsunfähigkeit.*

.....
Gruppe

.....
TN ab

.....
Gruppe

.....
TN ab

Interne Notizen:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel.: E-Mail:

Geb. am Kostenträger (Krankenkasse / RV)

Sollten die bisher vereinbarten Trainingszeiten für Sie nicht mehr möglich sein, sprechen Sie uns bitte an. Wir suchen nach Alternativen.

**Ihre Teilnahme gilt für den Genehmigungszeitraum Ihrer ärztlichen Verordnung, nicht für eine mögliche Verlängerung.**

**Information zum Datenschutz:**
Erfassung pers. Daten:
Doreen Hartmann/Diana Hildebrandt: Pappelallee 1, 17489 Greifswald Ihre persönlichen Daten entsprechend Ihrer ärztlichen Verordnung und Kontaktdaten werden zur Organisation, Information und Abrechnung verwendet und entsprechend der Aufbewahrungsfristen gespeichert. Umgang mit pers. Daten: Trainer, Ärzte, Organisatoren

Bei Zuwiderhandlungen bitten wir um Information an die Geschäftsführerin Birgitt Teschke, verwaltung@reha-sv.de bzw. persönlich in der Geschäftsstelle. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erfassung meiner persönlichen Daten einverstanden.

Den Hinweis auf regelmäßige Teilnahme habe ich zur Kenntnis genommen.
Über eine mögliche Vereinsmitgliedschaft wurde ich aufgeklärt, jedoch nicht genötigt.

Datum Unterschrift

Version 2023_1