

Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport

Verein:	
Name:	Vorname:
Anschrift:	Telefon:
Geburtsstag:	Beruf/Tätigkeit:*
Überweisender Arzt/Hausarzt: (Name, Anschrift, Telefon)	
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-Wert _____	
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	
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenfehlfunktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
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	

Teil dieses Eingangsfragebogens ist die als Anlage Datenschutz-Rehasport beigelegte Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Rehabilitationssport, deren Kenntnisnahme durch meine dort gesondert zu leistende Unterschrift bestätigt wird.
Die Verwendbarkeit dieses Eingangsfragebogens ist bedingt durch die auf der Anlage Datenschutz-RehaSport 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.

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

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

* freiwillige Angaben