

# Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport

Verein: Bitterfelder Schwimmverein 1990 e.V. - Wiesenstraße 7a - 06749 Bitterfeld ☎03493-42526



Name:	Vorname:
Anschrift:	Telefon:
Geburtstag:	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	
<b>Blutdruck-Wert</b> _____	
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	
Schilddrüsenfunktionsstörung	
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 beigefügte 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: \_\_\_\_\_

<b>Wird vom Verein ausgefüllt:</b>	
Übungszeit:	<b>Übungsort:</b> Sportbad Bitterfeld <input type="checkbox"/>
Beginn voraussichtlich ab:	Gesundheitssportzentrum TH <input type="checkbox"/>
Arztuntersuchungstermin (falls gewünscht):	

\* freiwillige Angaben