



## **+ + REHA-Sport + +**

**Mehr Vitalität und Gesundheit – dank Reha-Sport**

Liebe Reha Teilnehmer/in,

schön, dass du an unserem Reha-Sport (Orthopädie) Interesse hast.

Jeden Donnerstag um 10<sup>00</sup> Uhr treffen wir uns in der Turnhalle des TBÖ in Burscheid Ösinghausen, Weidenweg 33.

Hierzu bitte Folgendes mitbringen:

- die Verordnung vom Arzt (Reha-Sport Orthopädie) mit der Genehmigung der Krankenkasse
- bequeme Sportkleidung
- Hallenschuhe und ggf. Stopper-Socken
- ein großes Handtuch als Unterlage
- ein kleines Handtuch
- ein Getränk (kleine Wasserflasche, nicht aus Glas)

Falls es dir möglich ist, kannst du den beiliegenden Fragebogen und das Beratungsprotokoll (auch als Download auf unserer Homepage) gerne schon ausgefüllt mitbringen. Wenn nicht, auch kein Problem, dann füllen wir das in unserer ersten Stunde gemeinsam aus.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Ich freue mich sehr auf eine gemeinsame Zeit beim Reha-Sport.

Viele Grüße  
Anja Röder  
(Reha-Trainerin)

# REHABILITATIONSSPORT

## Fragebogen für Teilnehmer\*innen

### Warum ist dieser Fragebogen wichtig?

Ihre Angaben tragen dazu bei, dass der Verein das richtige Angebot für Sie findet. Außerdem geben Sie der Übungsleitung – und im Herzsport auch der anwesenden ärztlichen Betreuung – wichtige Informationen, die nicht auf dem Verordnungsbogen stehen. So können Sie individuell belastet und betreut werden. Auf diese Weise wird der Rehabilitationssport für alle Beteiligten noch sicherer.

### Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Notfallkontakt:

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Hauptdiagnose: Wegen welcher Erkrankung/Behinderung nehmen Sie am Rehasport teil?

\_\_\_\_\_

### Nebendiagnosen: Welche Erkrankungen/Behinderungen haben Sie sonst noch?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Inwieweit ist Ihre Belastbarkeit eingeschränkt? (Knie-/Hüft-Prothese, Herzschrittmacher, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben bei Teilnahme am Herzsport

Fahrrad-Ergometertest am \_\_\_\_\_

Belastungsgrenze \_\_\_\_\_ Watt pro Minute

Belastungspuls \_\_\_\_\_ Schläge pro Minute

### Für wen sind Ihre Angaben bestimmt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben ausschließlich zur Nutzung durch Übungsleitung und Vereinsarzt\*ärztin der Rehabilitationssportgruppe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Beratungsprotokoll/Beratungsleitfaden

Am \_\_\_\_\_ legte \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes.
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten bzw. 60 Minuten im Herzsport).
- Größe der Gruppe (maximal 15 TN, im Herzsport maximal 20 TN, in Herzinsuffizienzgruppen maximal 12 TN), bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins maximal 12 TN usw.).
- Inhalt des Sportangebotes: Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Bewegungsspiele, Gymnastik, Schwimmen, Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z. B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Gruppenangebot, Übungsleitung Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung bzw. Überwachung und Notfallabsicherung im Herzsport).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Absicherung durch Defibrillator/Notfallkoffer/Notfallübungen und Notfallplan im Herzsport.

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Rehabilitationsträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis empfohlen.
- Wenn die **freiwillige** Mitgliedschaft eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

Oben genannte Person hat erklärt, eine freiwillige Mitgliedschaft einzugehen.

- Der Mitgliedsbeitrag beträgt in diesem Fall monatlich \_\_\_\_\_ €.
- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.

Von diesem Protokoll wurde dem Versicherten eine Kopie ausgehändigt.

Versicherte\*r (Ort, Datum, Unterschrift) \_\_\_\_\_ Vereinsvertreter\*in (Ort, Datum, Unterschrift) \_\_\_\_\_

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

**Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerstbehinderter Menschen	RS schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

\*) Zutreffenden Baustein bei Gesundheitsbildungsmaßnahmen bitte eintragen: A bis H

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

**Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerstbehinderter Menschen	RS schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

\*) Zutreffenden Baustein bei Gesundheitsbildungsmaßnahmen bitte eintragen: A bis H