



Anmeldeformular Reha-Sport beim FCK

Persönliche Angaben: Bitte ausfüllen

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Handy/Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Art des Reha-Sports (bitte ankreuzen):

- Sport nach Krebs
- Orthopädisch
- Walking
- Innere Erkrankungen ab Januar 2026

Ihre Versicherung (bitte ankreuzen):

- gesetzlich krankenversichert
- privat krankenversichert
- Teilnahme mit 10er Karte

Anzahl der verordneten wöchentlichen Übungseinheiten:

1x / Woche 2x /Woche 3x /Woche

Wunschtag für die Teilnahme (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Montag:	09.00 – 10.00h	Orthopädisch
<input type="checkbox"/> Dienstag:	16.15 – 17.15h	Sport nach Krebs
<input type="checkbox"/> Dienstag:	17.30 – 18.30h	Sport nach Krebs
<input type="checkbox"/> Mittwoch:	09.00 – 10.00h	Orthopädisch
<input type="checkbox"/> Mittwoch:	17.00 – 18.00h	Orthopädisch
<input type="checkbox"/> Donnerstag:	14.30 – 15.30h	Walking

Besonderheiten / Hilfsmittel (z. B. Rollator, Gehhilfe, eingeschränkte Beweglichkeit):

Bitte beachten Sie:

- Die Übungsveranstaltung dauert 60 Minuten.
- Die Gruppengröße beträgt 15 Teilnehmer*innen.
- Reha-Sport ist ein Gruppenangebot.
- Der Inhalt unseres Sportangebotes ist: Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Bewegungsspiele, Gymnastik sowie geeignete Inhalte anderer Sportarten (z. B. Entspannung, o.ä.).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Eine Mitgliedschaft im Verein ist nicht nötig, kann aber **freiwillig** eingegangen werden um die sonstigen Sportangebote im Verein in Anspruch zu nehmen.
- Alle Informationen zu den Sportangeboten und Aktivitäten der Turnabteilung finden Sie auf der Vereinshomepage unter: www.fckirchhausen.de/turnen

Bitte beachten Sie, dass die Zuteilung zum Reha-Sport je nach Verfügbarkeit und ärztlicher Verordnung erfolgt.

Sie werden von uns kontaktiert, sobald ein Platz für Sie reserviert ist.



Vor-/Name Teilnehmer/in: _____

Beschwerdeabklärung – Reha-Sport

Um die Bewegungseinheit optimal an Sie persönlich anpassen und für Ihre medizinische Sicherheit sorgen zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung:

Bitte füllen Sie dieses Formular wahrheitsgetreu und mit allen wichtigen Informationen zu Ihrer Person aus.

Tragen Sie hier bitte Ihre relevanten / aktuellen Beschwerden, sowie Ihre momentan verordneten Medikamente ein.

Wichtig können z.B. weitere Beschwerden wie eine Herzschwäche oder Diabetes, ein Gelenkersatz bzw. eine entzündliche Erkrankung oder eine operative Narbe sein.

(Sollte ein Notfall auftreten, können wir so dem Notarzt diese Informationen weitergeben, damit eine optimale Versorgung für Sie stattfinden kann).

Falls Sie Diabetiker oder Asthmatiker sind, bringen Sie bitte Ihre notwendigen Medikamente für einen Notfall bzw. Ihre Messgeräte mit in die Stunde.

Falls Besonderheiten nach der letzten Stunde aufgetreten sind oder neue Befunde berücksichtigt werden sollen, informieren Sie bitte Ihre Übungsleitung.

Beschwerde / Verlauf:

Medikamente:

Sportliche Aktivitäten:

Im Notfall soll folgende Person informiert werden:

Vor- und Zuname: _____

Telefonnummer: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum / Unterschrift _____



Informationen zur Datenerhebung und Datenweitergabe zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport (§64 SGB IX)

Folgende Daten werden durch den Verein FC Kirchhausen e.V. zum Zweck der inhaltlichen Gestaltung und Verwaltung der Übungseinheiten an die zugeordnete/n Übungsleitung/en sowie ggf. an den betreuenden Arzt des Vereins weitergegeben sowie zur allgemeinen Verwaltung, der Abrechnung des ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ggf. der Meldung bei einer Unfallversicherung an die entsprechenden beauftragte/n Person/en des Vereins weitergegeben. Im Rahmen der Abrechnung werden diese Daten an ein Abrechnungszentrum, welches eine Abrechnung gemäß §302 SGB V durchführt und/oder an den jeweiligen Rehabilitationsträger nach §6 SGB IX übermittelt.

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
- Rehabilitationsträger (Krankenkasse)
- Versicherten-Nr. und -Status
- Verordnender Arzt
- Verordnungsrelevante Diagnose(n), ggf. Nebendiagnose(n)
- Empfohlene Anzahl der wöchentlichen Übungseinheiten
- Daten der Anwesenheit bei Übungseinheiten
- ggf. relevante Informationen aus dem Beratungsgespräch

Ansprechpartner zum Datenschutz:

Datenschutzbeauftragte Person des Vereins: 1. Vorsitz Frau Silvia Salzgeber
Kontakt: FC Kirchhausen e.V., Geschäftsstelle, Poststr. 1, 74078 Heilbronn,
geschaeftsstelle@fckirchhausen.de, 07066/6400

Die für den Verein zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter: Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg., Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart, 0711/615541-0, poststelle@lfdi.bwl.de

Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Die Verarbeitung erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages nach Artikel 6, Absatz 1 b in Verbindung mit Artikel 9 der EU-DSGVO und §22 BDSG-neu.

Dauer der Speicherung:

Die abrechnungsrelevanten personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) werden maximal bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist für steuerrechtlich relevante Buchungsbelege aufbewahrt. Personenbezogene Daten werden im Rahmen der Teilnehmenden-/Mitgliederverwaltung bis maximal zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist nach Beendigung der Teilnahme aufbewahrt.

Ihnen stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO.

Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen.

Stand 8/2025