Lieber Reha Sportler,

herzlich Willkommen beim Rehasport Angebot des TSB Flensburg im TSB Förde Fitness.
Die beiliegenden Unterlagen druckst und füllst diese bitte komplett aus.

Hier auf unserer Homepage: **www.foerde-fitness.de** unter dem Button **Reha-Sport** findest du die aktuellen angebotenen Kurse.
Hierzu musst du dich nur einmal in unserem Kursprogramm registrieren.

Dazu gehe bitte auf einen Reha Kurs (**zur Buchung**), hier öffnet sich ein neues Fenster, dort gehst du bitte auf **„Hier registrieren“**, da gibst du bitte deine Daten an (**Vor- & Nachname, Emailadresse, selbstgewähltes gut merkbares Passwort und eine Telefonnummer**), akzeptiere bitte die Datenschutzbestimmung, nun gehst du auf **Anmelden.**

Jetzt bekommst du eine E-Mail mit einem Bestätigungslink, diesen bitte bestätigen!

Nun bist du bei uns im Tool registriert und kannst dich jederzeit bei den Reha Kursen anmelden oder auch wieder abmelden.

Wichtig ist, dass Du Dich für die Kurseinheiten vorab anmeldest, ohne Anmeldung KEINE KURSTEILNAHME!

Von der Krankenkasse nicht erstattete Teilnahmen müssen vom Teilnehmer selbst gezahlt werden!!

Folgende Unterlagen hast du dir ausgedruckt:

1. **Datenerfassungsbogen** Rehabilitationssport: komplett ausfüllen. Die obere Zeile füllen wir aus.

2. **Fragebogen**: nach bestem Wissen ausfüllen (auch Rückseite)

3. **Teilnahmebestätigung**: die obere Zeile mit deinem Namen, Krankenkasse, Versichertennummer ausfüllen

4. **Zeitplan Rehasport**

6. Einwilligungserklärung: Datenschutz bitte komplett ausfüllen

5. Einen **Umschlag** bekommst Du auch an der Rezeption, trage bitte Deinen Namen und Vornamen auf den Umschlag ein

7. Den vorläufiger **Ausweis** bekommst du dann beim ersten Erscheinen an der Rezeption, dieser wird gegen einen Schlüssel getauscht. Im Weiteren tauschst du immer Ausweis gegen Schlüssel und beim Verlassen umgekehrt

Deine **genehmigte Verordnung Rehabilitationssport** legst du mit den anderen Unterlagen in den Umschlag und übergibst ihn dem Kursleiter bei deinem ersten Besuch.

Viel Erfolg beim Rehasport.

Montag Raum II	Dienstag Raum I & II	Mittwoch Raum II	Donnerstag Raum II	Freitag Raum II
9.15 - 10.00	Raum I 9.15 - 10.00	8.15 - 9.00	9.15 - 10.00	8.30- 9.15
10.15 - 11.00	Raum I 10.15 - 11.00	9.15 - 10.00	10.30 - 11.15	
11.15 - 12.00		10.15 - 11.00		
				14.30 - 15.15
16.30 - 17.15	17.15 - 18.00			15.30 - 16.15
17.30 - 18.15	18.15 - 19.00			

Ganz einfach online unter: www.foerde-fitness.de
für deinen Rehasport-Kurs deiner Wahl anmelden.

gültig ab Oktober 2025

Name, Vorname der/des Versicherten	**Geburtsdatum**	**Krankenkasse**
Versicherten-Nr.		**Verordnungsdauer (von/bis)**
TSB Flensburg von 1865 e.V. -Förde Fitness-		442108708
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 Herz-insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungs-maßnahmen*	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)**
TSB Flensburg von 1865 e.V. -Förde Fitness-		442108708
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 Herz-insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungs-maßnahmen*	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

Fragebogen

1. Persönliche Daten

Name, Vorname:	
Geb.-datum:	Größe (cm):
Ausgeübter Beruf:	Gewicht (kg):

2. Aktuelle Erkrankungen

Haben Sie derzeit Beschwerden ? *ja* *nein*

In welcher Körperregion haben Sie derzeit Beschwerden ?

○ Halswirbelsäule				○ Oberschenkel	L	R	L+R
○ Brustwirbelsäule				○ Knie	L	R	L+R
○ Lendenwirbelsäule				○ Wade	L	R	L+R
○ Schultern	L	R	L+R	○ Schienbein	L	R	L+R
○ Hüfte	L	R	L+R	○ Achillessehne	L	R	L+R
				○ Sprunggelenke	L	R	L+R
				○ Fuß	L	R	L+R

○ Sonstiges:

Handelt es sich um andauernde oder gelegentliche Beschwerden? Seit wann bestehen die Beschwerden ?

Körperregion	Beschwerden		
	dauerhaft	gelegentlich	Seit Wann ?
○			
○			
○			
○			

Welche Untersuchungen bzw. Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

3. Frühere oder zusätzliche Erkrankungen

Bestanden/bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?			***Leiden Sie an nachfolgend genannten Erkrankungen?***		
	Ja	Nein		Ja	Nein
○ Herz			○ Bluthochdruck		
○ Lunge			○ Diabetes mellitus		
○ Magen			○ and. Stoffwechselkrankheiten		
○ Darm			○ Allergien		
○ Niere/Blase			○ Asthma		

Hatten Sie schon einen Krankenhausaufenthalt oder eine Operation? Wenn ja, wann und weshalb?

	Ja Nein Wo? (Körperregion)
○ Krankenhausaufenthalt ○ Operation	
Bemerkungen:	

Hatten Sie früher Verletzungen? Wenn ja, wann und welcher Art ?

	Ja Nein Wo?(Körperregion)
○ Verletzungen	

4. Aktuelle Trainingsanamnese

	Ja Nein
Treiben Sie derzeit Sport ?	
Welche Spotart/en ? Wie oft pro Woche ?	
Haben Sie früher Sport getrieben ? Welche Sportart/en ?	Ja Nein

5. Ziele

Mit welchem Ziel möchten Sie das Funktionstraining durchführen? Welche Erwartungen haben Sie ?

Turn- und Sportbund Flensburg von 1865 e.V.

Stammverein der SG Flensburg – Handewitt
Eckenerstr. 24 24939 Flensburg Telefon 0461/16040.0 Fax 0461/1604020

Datenerfassungsbogen Rehabilitationssport Orthopädie

Gültigkeit: Verordnung bzw.
Folgeverordnung bei Beginn innerhalb von 3 Monaten

Beginn der Maßnahme _____ Ende Verordnung _____ Registrierungsnummer_____

Hiermit erkläre ich mich mit den Sondervereinbarungen Reha-Sport (siehe unten) einverstanden

Name, Vorname _____

Geburtsdatum , Geburtsort _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Sportart: Rehabilitationssport. Die Krankenkassen fördern die Teilnahme am Rehasport für 50 Übungseinheiten. Ich erkläre mich freiwillig damit einverstanden, dass der Beitrag des TSB an den Rehabilitations- und Behindertensportverband in Höhe von 20,00 € pro Verordnung, sowie einmal im Kalenderjahr die Prämie für die Sportunfallversicherung des LSV in Höhe von z. Zt. 5.50 €, von mir getragen wird.
Bei Nichtzahlung bitten wir, uns dieses mitzuteilen.
Vorübergehend erheben wir eine einmalige freiwillige Energiekostenumlage in Höhe von
☐ 10,00 € ☐ 15,00 € ☐ 18,00 € -bitte ankreuzen-
Die Berechtigung zur Teilnahme am Rehasport ist unabhängig von der Zahlung der o.g. Abgaben. Der Austritt erfolgt automatisch nach Ende der von der Krankenkasse vorgegebenen Anzahl der Übungseinheiten, spätestens nach 18 Monaten. Der Verein übernimmt die Abrechnung mit der Krankenkasse.
Die Verordnung berechtigt zur Teilnahme an allen Reha - Sportgruppen und an allen Trainingsstätten des Vereins im Rahmen der verordneten und genehmigten Übungseinheiten. Die Festlegung des Trainingsplans und der geeigneten Gruppenangebote erfolgt gemeinsam mit den Sporttherapeuten in den persönlichen Eingangs- und Kontrollterminen. Bei vorzeitigem Abbruch der Maßnahme erfolgt keine Erstattung der Beiträge.
Von der Krankenkasse nicht erstattete Teilnahmen müssen vom Teilnehmer selbst gezahlt werden!!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom TSB zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:
Vereinsverwaltung, E-Mail Kommunikation und Forderungsmanagement. Die Daten werden für zehn Jahre aufgehoben. Die Weitergabe der Daten erfolgt im Rahmen des Sportbetriebes. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, ferner dass ich mein Einverständnis nach Beendigung der Verordnung widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung nach Beendigung der Verordnung meine Daten vom Verein gelöscht. Meine Widerrufserklärung richte ich schriftlich an die Hausanschrift des TSB Flensburg. Des Weiteren stimme ich mit Unterzeichnung dieses Datenerfassungsbogens zu, dass von mir aufgenommene Fotos für Zwecke der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des TSB verwendet werden dürfen

Flensburg, den _____

_____
Unterschrift des Mitgliedes
(ggfs. auch des Erziehungsberechtigten)

SEPA – Einzugsermächtigung siehe Rückseite

Name des Zahlungsempfängers: Turn- und Sportbund Flensburg von 1865 e.V.	**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Eckenerstraße 24 24939 Flensburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79TSB00000108157	**Mandatsreferznummer:** Die Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer Mitgliedsnummer. Mitglieds-/Zusatzbeiträge, Sonderzahlungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:
X Wiederkehrende Zahlung **X** Einmalige Zahlung **X** Sonderzahlung

Name des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC:

Einwilligungserklärung Förde-Fitness/Reha

Liebe Reha-Sportler,

anlässlich neuester Anforderungen an den Datenschutz (EU-DSGVO) möchten wir Einwilligungen einholen, um Kontakte zu speichern und Kommunikation aufbauen zu können..

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten für interne Zwecke des TSB Flensburg gespeichert werden.
- dass der zuständige Trainer / Mitarbeiter mich via Sozialer Medien wie WhatsApp, Facebook etc. kontaktiert.
- dass der Trainer/ Mitarbeiter dadurch Zugriff auf Namen und Mobiltelefonnummer bei WhatsApp hat.
- dass Daten zur Terminvergabe im Kalender vermerkt werden dürfen.
- dass Videoaufnahmen zu Werbezwecken via Homepage, Facebook, Instagram, Flyern, Bildschirme etc. verwendet werden können. Falls ich dies nicht wünsche, werde ich dies bei Aufnahmen zeitnah anmerken.
- **dass meine Reha-Trainingskarte im Förde Fitness verbleibt. (Sie darf nicht mitgenommen werden !!)**

Ja □ Nein □

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass der TSB Flensburg meine Daten erhebt, verarbeitet und nutzt, um mir Informationen/E-Mail Newsletter, Einladungen und Trainingspläne des TSB Flensburg zu zusenden.

Ja □ Nein □

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom TSB zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Vereinsverwaltung, E-Mail Kommunikation und Forderungsmanagement. Die Daten werden für zehn Jahre aufgehoben. Die Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt im Rahmen des Sportbetriebes ggf. an Landes-, Bundes-, sowie Fachverbände wenn für den Sport-, und Wettkampfbetrieb erforderlich.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, und genutzt werden.
Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, ferner, dass ich mein Einverständnis nach Beendigung der Mitgliedschaft widerrufen kann.
Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung nach Beendigung der Mitgliedschaft meine Daten vom Verein gelöscht. Meine Widerrufserklärung richte ich schriftlich an die Hausanschrift des TSB Flensburg.

Des Weiteren stimme ich mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung zu, dass von mir oder meinen Kindern aufgenommene Fotos für Zwecke der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des TSB verwendet werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit per Post oder E-Mail widerrufen werden.

Widerruf an: TSB Flensburg von 1865 e.V. Eckener Straße 24, 24939 Flensburg
E-Mail: info@tsb-flensburg.de

Name (in Druckbuchstaben) *: _____

Adresse (in Druckbuchstaben) *: _____

E-Mail (in Druckbuchstaben)*:_____

Telefonnummer (Festnetz)*: _____

Telefonnummer (Mobil)*: _____

*Verpflichtende Angaben.

_____

Ort, Datum Unterschrift des/der Teilnehmer/in / Unterschrift des Erziehungsberechtigten