

Beratungsprotokoll / Datenschutzinformation Rehabilitationssport in Herzgruppen



Landesverband Sachsen
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e. V.

Am _____ legte Frau / Herr _____

beim/bei der _____
(Name des Trägers/Vereins)

eine Verordnung über Rehabilitationssport in Herzgruppen vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer Rehabilitationssport:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote
- Dauer der Übungsveranstaltung (60 Minuten)
- Größe der Gruppe (Herzsport max.20)
- Inhalte des Sportangebotes
- Qualifikation der Übungsleiter und ärztliche Betreuung
- **Ärztliche Aufklärung zu Wirkungen und Risiken der Bewegungstherapie, zur Belastung und notwendiger medizinischer Dokumentationen und zum Notfallmanagement**
- Abschluss einer Unfallversicherung vom Verein

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder eine Aufnahmegebühr bzw. Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport in Herzgruppen teilzunehmen.
- **Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Sozialversicherungsträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.**
- Wenn die Mitgliedschaft freiwillig eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

- Der Beitrag beträgt in diesem Fall monatlich _____ €.
Die Modalitäten entnehmen sie bitte dem Aufnahmeantrag/der Satzung/der Beitragsordnung.
- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung hinaus fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.

Das Beratungsgespräch wurde vereinsseitig geführt von:

Gruppenarzt _____ Übungsleiter _____

Eine Kopie dieses Protokoll wurde dem Teilnehmer ausgehändigt.

Unterschrift des Versicherten

Datenschutzinformation

Hiermit willige ich freiwillig ein, dass meine pbD und medizinischen Daten (Muster 56) im Rahmen der Durchführung des Reha-Sports durch die handelnden Personen (Arzt/Übungsleiter) zu meiner eigenen Sicherheit verwendet und genutzt werden. Ich stimme zu, dass diese Daten auch der Kommunikation zwischen der Übungsleitung mit dem Hausarzt/behandelnden Arzt und/oder Notarzt verwendet werden.

Weiterhin stimme ich zu, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung in digitaler Form an die Abrechnungszentren der Kostenträger weitergeleitet werden.

Datum:..... Ort: Unterschrift:

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift:

Löschung von Daten:

Die Löschung der Daten erfolgt unmittelbar nach Abschluss des Behandlungsvertrages (VO – Ende) falls sich aus gesetzlichen Regelungen keine anderen Aufbewahrungsfristen ergeben.

Verein:

Vorsitzender