



Beratungsprotokoll / Datenschutzinformation Rehabilitationssport im LVS/PR

Am _____ legte Frau / Herr

beim/bei der

(Name des Trägers/Vereins)

eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

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

- Tag, Zeit und Ort der Angebote
- Dauer der Übungsveranstaltung (allg. Rehasport mind. 45 min., Herzsport mind. 60 min.)
- Größe der Gruppe (allg. Rehasport max. 15 TN, Herzsport max. 20 TN)
- Inhalte des Sportangebotes
- Qualifikation der ÜL und ggf. medizinische Betreuung laut aktueller BAR-Rahmenvereinbarung
- Ärztliche Aufklärung zu Wirkungen und Risiken der Bewegungstherapie, zur Belastung und notwendiger medizinischer Dokumentationen und zum Notfallmanagement
- Abschluss einer Unfallversicherung durch den Träger/Verein
- Eine Mitgliedschaft wird empfohlen, es gibt allerdings keine Verpflichtung, Mitglied im Trägerverein zu werden oder eine Aufnahmegebühr bzw. Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehasport 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/Träger 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:

Eine Kopie dieses Protokoll wurde dem Teilnehmer ausgehändigt.

Unterschrift des Versicherten

Datenschutzinformation

Hiermit willige ich freiwillig ein, dass meine personenbezogenen Daten und medizinischen Daten (Muster 56) im Rahmen der Durchführung des Rehasports durch die handelnden Personen (Verwaltung/Übungsleiter/Arzt/Rettungspersonal) 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