

Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport



Verein: DLRG Westerstede e.V.

Name:		Vorname:	
Anschrift:		Telefon:	
Geburtstag:		Beruf/Tätigkeit:*	
Überweisende Ärzt*in/Hausarzt*in: (Name, Anschrift, Telefon)			
Körpergröße:*		Gewicht:*	
Erkrankungen / Diagnosen		Bemerkungen / Ergänzungen / Medikamente / OP's (in den letzten 10 Jahren)	
Herzerkrankungen (siehe Rückseite!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Durchblutungsstörungen / Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Blutdruck _____			
Hypertonie (hoher Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hypotonie (niedriger Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Tablettenpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Insulinpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arthrose / Arthritis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Endoprothesen (TEP) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Halswirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Brustwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Schilddrüsenfunktionsstörungen			
Hyperthyreose (Überfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hypothyreose (Unterfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Andere Erkrankungen:			
Weitere Medikamente:			
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name:		Telefon:	

Datum, Ort:

Unterschrift Interessent*in:

Wird vom Verein ausgefüllt:

Übungszeit:

Übungsort:

Beginn voraussichtlich ab:

Arztuntersuchungstermin (falls gewünscht):

Die Verwendbarkeit dieses Eingangsfragebogens ist bedingt durch die auf der Anlage „Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport“ zu leistende Unterschrift. Ihre personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische sowie organisatorische Maßnahmen vor einer Kenntnisnahme durch Dritte geschützt; weitere Informationen zum Schutz Ihrer Daten erhalten Sie auf Anfrage in unserer Geschäftsstelle.



Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport

Hiermit willige ich _____ (Name, Vorname, Geb.-Dat.) darin ein, dass meine personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) aus dem beiliegenden Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport durch den Verein DLRG Westerstede e.V. (Verantwortliche*r: Thorben Windeler, Kontakt: 04488764133) zum Zweck der Angebotszuordnung, inhaltlichen Gestaltung und Verwaltung der Übungseinheiten erhoben, gespeichert und an die zugeordnete/n **Übungsleitung/en** sowie ggf. an die betreuende **Ärzt*in** des Vereins übermittelt werden dürfen.

Folgende Daten werden durch den Verein DLRG Westerstede e.V. erhoben, gespeichert und ggf. übermittelt:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
- Telefonnummer
- Körpergröße und -gewicht
- Verordnende Ärzt*in
- Angegebene Erkrankungen/Diagnosen
- Medikation
- Notfallkontakt
- Messwerte des Ergometertests (bei Herzgruppen)
- Messwerte des Belastungs-EKGs (bei Herzgruppen)

Dauer der Speicherung:

Die o.g. personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) werden maximal bis zum Ende Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport aufbewahrt. Personenbezogene Daten werden im Rahmen der Teilnehmenden-/Mitgliederverwaltung bis zu 10 Jahren aufbewahrt.

Ansprechperson zum Datenschutz:

Datenschutzbeauftragte Person des Vereins: Thorben Windeler Kontakt: 04488764133. Die für den Verein zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Barbara Thiel, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

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.

Freiwilligkeit der Einwilligung und Recht zum Widerruf:

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Einwilligung in die Datenerhebung und -weitergabe freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Verein widerrufen kann. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Folgen des Widerrufs:

Ein Widerruf der freiwilligen Einwilligung hat zur Folge, dass die im Eingangsfragebogen erhobenen Gesundheitsdaten nicht an die zugewiesene(n) Übungsleitung(en) übermittelt werden können. Die Übungsauswahl enthält daher ggf. Übungen, die aufgrund des Gesundheitszustandes nicht absolviert werden können.

Ort, Datum, Unterschrift Interessent*in