

# Gesundheits-Blatt

## zur Teilnahme an Angeboten des Projektes **Bleib dran!**

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Wir garantieren Ihnen, dass die Daten **STRENG VERTRAULICH** behandelt, und nicht an Dritte weitergegeben werden.

VORNAME \_\_\_\_\_ NAME \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich Geb.-Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ERKRANKUNG | DIAGNOSE

---

Leiden Sie unter akuten Schmerzen | Beschwerden des Bewegungsapparates?

- nein  
 ja, welche und wo?
- 

Haben Sie akute Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System?

- nein  
 ja welche?
- 

Waren Sie in letzter Zeit auf Reha | Kur | Therapie?

- nein  ja  
Wann? Wo?
- 

### Sehr geehrte Ärztin, Sehr geehrter Arzt!

Damit Ihre Patientin | Ihr Patient an den Sport- und Bewegungskursen im Rahmen des Projektes „**Bleib dran! Ein Fit Projekt nach Reha, Kur und Therapie**“ teilnehmen kann, ist eine Freigabe durch einen Arzt | eine Ärztin notwendig.

Hiermit bestätige ich, dass **Herr | Frau** \_\_\_\_\_ an einem, speziell auf die Bedürfnisse chronisch Kranker bzw. Personen nach Reha, Kur und Therapie abgestimmten Bewegungskurs teilnehmen kann.

### ANMERKUNGEN

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Arztstempel \_\_\_\_\_

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, dass meine folgenden persönlichen Daten, nämlich

**Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten betreffend Erkrankung | Diagnose, Bewegungsapparat, Herzkreislaufsystem, Wirbelsäule, Reha | Kur | Therapie sowie sonstige von mir angegebene Anmerkungen**

von der ASKÖ-Tirol (Langer Weg 15, 6020 Innsbruck; [anmeldung@askoe-tirol.at](mailto:anmeldung@askoe-tirol.at); ZVR-Nummer: 356359011) für folgende Zwecke gespeichert und verarbeitet und nur an mich weitergegeben werden:

- Teilnahme an Angeboten im Rahmen des Projektes Bleib dran!**
- Zusendung von aktuellen Angeboten bzw. aktuellem Kursprogramm**

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift