



Therapiezentrum
Bennisgen

Anmeldung zum Funktionstraining

Informationen und Anmeldung für Teilnehmer am Funktionstraining

Wir möchten Sie zur Teilnahme am Funktionstraining in unserer Praxis begrüßen!

Vorab einige Informationen zur Teilnahme:

Das Therapiezentrum Bennisgen führt das Funktionstraining seit 2010 als Kooperationspartner der Rheuma-Liga Niedersachsen e.V., Regionalgruppe Springe-Bad Münder durch.

Die Rheuma-Liga hat das Funktionstraining sozusagen an uns delegiert. Daher sind wir vertraglich an die Rheuma-Liga gebunden, was beinhaltet, daß auch Ihre Daten für z.B. für statistische Zwecke und unsere Endabrechnung an die Rheuma-Liga weitergegeben werden müssen.

Für chronisch Kranke und Rheumatiker ist eine Mitgliedschaft bei der Rheuma-Liga durchaus empfehlenswert. Bitte beachten Sie daher auch die Vergünstigungen die Sie als Mitglied der Rheuma-Liga e.V. erhalten können. Weiterhin möchten wir Ihnen nochmals mitteilen, daß die Teilnahme bei uns für Sie vollkommen kostenfrei ist. Da wir mit den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern abrechnen, verlangen diese jedoch eine *„regelmäßige Teilnahme“* und verpflichten uns, das Training unsererseits bei dauerhaft unregelmäßiger Teilnahme zu beenden.

Was bedeutet das für Sie?

Sie sollten selbstverständlich alleine schon aus eigenem Interesse bemüht sein, regelmäßig teilzunehmen. Sollten Sie einmal verhindert sein, so möchten wir Sie bitten uns vorher Bescheid zu geben. Wenn Sie das Funktionstraining für mehr als 6 Wochen am Stück unterbrochen haben, so werden wir Ihren Platz an einen weiteren Teilnehmer vergeben. Ebenso, wenn Sie mehr als dreimal unentschuldigt fernbleiben. Diese Regelung verlangen die Kostenträger von uns.

Ihr Anspruch auf die Teilnahme und Ihr Platz in der Gruppe gehen damit leider verloren und die uns vorliegende Verordnung wird dem Kostenträger zur Abrechnung übersandt.

Unser in Kleingruppen stattfindendes Training dauert jeweils 30 Minuten und beginnt und endet in der Regel pünktlich. Erscheinen Sie daher bitte rechtzeitig. Sollten Sie einmal verhindert sein, so können Sie die Einheit gerne nachholen, vorausgesetzt Sie sprechen uns rechtzeitig an und wir verfügen in den anderen Gruppen noch über einen freien Platz.

Fällt das Training von unserer Seite wegen Urlaub oder Erkrankung leider einmal aus, so wird es nicht nachgeholt. Wir sind jedoch stets bemüht, die Ausfälle so gering wie möglich zu halten.

Weitehin kann es sein, daß die Übungszeiten sich auch aus betrieblichen Gründen verändern können. Bitte erscheinen Sie zum Training in bequemer Kleidung. Es empfiehlt sich, ein Handtuch und etwas zu trinken mitzubringen. **Viel Spaß und Erfolg!**

Noch Fragen? Dann sprechen Sie uns bitte an!

Ihr

Therapiezentrum Bennisgen

Ich habe die Teilnahmembedingungen gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift die Anerkennung:

Bennisgen, den _____.

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Funktionstraining in Zeiten der Coronakrise

Vor- u. Nachname des Teilnehmers/der Teilnehmerin: _____

Telefonnummer: _____

Teilnahmewunsch (Bitte deutlich ankreuzen) :

Montag	Mittwoch	Donnerstag
09:00 Uhr	09:00 Uhr	
09:30 Uhr	09:30 Uhr	
17:00 Uhr		17:00 Uhr
17:30 Uhr		17:30 Uhr
18:00 Uhr		18:00 Uhr
18:30 Uhr		18:30 Uhr

Lieber Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie zählen aufgrund einer chronischen Erkrankung möglicherweise zur Risikogruppe. Für die Teilnahme am Funktionstraining in Zeiten der Coronakrise müssen Sie vor Ihrer Teilnahme die vorliegende Einverständniserklärung unterschreiben. Auch wenn alle möglichen Maßnahmen zur Risikominimierung getroffen werden, besteht weiterhin ein Restrisiko, sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Bei bestimmten Indikationen sind grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig.

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus Typ I und II
- Chronische Erkrankungen der Atemwege
- Chronische Erkrankungen der Leber (z.B. Leberzirrhose)
- Nierenerkrankungen, Dialysepflicht
- Organtransplantation
- Autoimmunerkrankungen (u.a. rheumatoide Arthritis)
- Zustand nach akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall
-
- Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.
- Sollten Sie in dem einen oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vorher mit Ihrem Haus- oder Facharzt.
- Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die die Wiederaufnahme des Trainings

beabsichtigen, sollten gegebenenfalls durch Hinzuziehung des Haus- oder Facharztes das individuelle Risiko abschätzen lassen. Eine Teilnahme ist freiwillig.

- Der Gesundheitszustand und die individuellen Risiken einer Teilnahme sind von jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin (Selbsteinschätzung) und dem durchführenden Therapeuten*in individuell und in Abwägung gegenüber der therapeutischen Notwendigkeit und dem therapeutischen Nutzen jeweils vor Wiederaufnahme zu analysieren und abzuschätzen.
- **Einverständniserklärung**
- Ich nehme in Eigenverantwortung an den Bewegungsangeboten des Therapiezentrum Bennigsen teil
- Ich verpflichte mich, u.a. folgende infektionshygienische Maßnahmen und Regelungen einzuhalten und umzusetzen:
 - Fortlaufende Einhaltung der vorgegebenen Abstandsregelung von mindestens 2 Metern
 - Betreten des Übungsraumes nur in Anwesenheit der/des Therapeuten*in
 - Warten **VOR** dem Praxiseingang und Eintreten aller Teilnehmer nur nach Aufforderung. Sie werden von uns abgeholt.
 - Zügiges Verlassen des Übungsraumes durch die rückwärtige Fluchttür um die Begegnung mit andern Teilnehmer auszuschließen („Einbahnstraßenverkehr“)
 - Der Aufenthalt im Übungsraum beschränkt sich auf die Trainingseinheit
 - Erscheinen in Sportkleidung
 - Regelmäßiges und gründliches Händewaschen, desinfizieren der Hände vor Betreten des Übungsraumes und vor dem Verlassen
 - Unterschreiben des Teilnahmenachweises mit **eigenem mitgebrachtem Stift im Übungsraum**
 - Möglichst keine Begleitpersonen
 - Beachten der Hinweisschilder und Markierungen (z.B. Einhaltung von Laufwegen)
 - Vermeiden von Fahrgemeinschaften
 - es sollten Alltagsmasken getragen werden
 - Husten- und Niesetikette einhalten
 - Eigenes Material gründlich reinigen/desinfizieren
 - Keine Weitergabe von verwendetem Material untereinander
 - Kein Körperkontakt
 - Es ist ein eigenes GROßES Handtuch und ein eigener Kugelschreiber mitzubringen
 - Bitte bringen Sie sich Kleidung mit, die bei gutem Wetter auch ein trainieren draußen ermöglicht.
- Darüber hinaus verpflichte ich mich, alle während der Bewegungsangebote auftretenden Veränderungen (Schmerzen, Schwindel, Beschwerdeverschlechterung und ähnliches), umgehend mitzuteilen. Die Therapeuten*innen und Übungsleiter*innen vor Ort sind für die Umsetzung dieser (infektionshygienischen) Maßnahmen sowie für die Beachtung und Einhaltung der Regeln verantwortlich. Ich verpflichte mich, den Weisungen und Vorgaben der Therapieeinrichtung sowie des Therapeuten*in stets Folge zu leisten. Sollte ich coronatypische Symptome (u.a. grippeähnliche Symptome wie Husten, Schnupfen, Halskratzen, Fieber) aufweisen, suche ich ausschließlich den telefonischen Kontakt. Eine Teilnahme am Training ist dann ausgeschlossen. Die Therapieeinrichtung und/oder die/der Therapeut*in ist jederzeit in der Lage, mich vom Training zu verweisen, sollten Symptome auftreten oder infektionshygienische Vorgaben und Maßnahmen nicht eingehalten werden.
- Sollten Sie eine positive COVID-19-Diagnose erhalten haben oder in Kontakt mit einer

infizierten oder im Verdacht einer Infektion stehenden Person gestanden haben, dürfen Sie frühestens nach vierzehn Tagen und mit ärztlichem Attest¹ wieder am Training teilnehmen.

- Zwecks Nachverfolgung von möglichen Infektionsketten, bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, falls notwendig, an die entsprechenden Personen und Institutionen weitergegeben werden.
- Für Schäden aufgrund der Nichtbeachtung von Pflichten aus dieser Vereinbarung bestehen keine Ansprüche gegenüber der Therapieeinrichtung.
- Ich willige in die Teilnahme am Funktionstraining unter den oben genannten Bedingungen ein. Zudem bestätige ich Kenntnisnahme der medizinischen Informationen zum Coronavirus und den damit möglichen einhergehenden Risiken.
- Ich verpflichte mich verbindlich nur zu den vereinbarten Zeiten am Funktionstraining teilzunehmen. Ein Wechsel der Gruppe ist derzeit nicht möglich.

Ich habe mir die oben aufgeführten Anweisungen gut durchgelesen und alles verstanden.

- Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



Therapiezentrum
Bennigsen

¹Das Attest bezieht sich dabei auf die eigene positive COVID-19-Diagnose