



Beratungsprotokoll für Rehasport-Teilnahmen

Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Krankenkasse _____ Kostenübernahme: vom _____ bis _____

Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Diagnose laut Verordnung	
Welche Beschwerden haben Sie?	
Haben Sie Einschränkungen (wo, wie stark, wie belastend)	
Medizinisches Ziel laut o.g. Verordnung	
Persönliches Ziel (Wie sieht das aus? Bis wann soll das erreicht werden?)	
Wie beurteilen Sie ihren körperlichen Zustand?	
Spielt Ihrer Meinung nach, negativer Stress eine Rolle?	
Was hat ihnen bisher geholfen?	



Name, Vorname

Was ist Ihnen beim Training besonders wichtig?	
Was möchten Sie im Training gar nicht?	
Wann und wo können/ möchten Sie trainieren?	
Trainingsempfehlung	
Kursempfehlung (Kurs, ÜL, Ort, Zeit)	
Mitzubringen ist (bitte in Sportkleidung kommen)	Sportschuhe/Antirutschsocken, Matte, Handtuch/ Decke, Kissen, medizinische Mund-, Nasenschutz-Maske, ggf. Getränk
Sonstiges	
Berater/in	

Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für vereins- und satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins RheinPfalz e.V. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Kosten für meinen Reha-Sport über das DMRZ (Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH, Düsseldorf) abgerechnet werden. Gesundheitsdaten werden von uns nicht verarbeitet.

Die „Informationen zum Beratungsprotokoll“ wurde mir erläutert und das Merkblatt ausgehändigt.

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherte/r

Unterschrift Berater/in