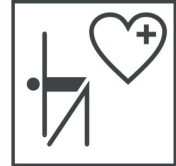




BRSV 1990 e. V. Wernigerode
Behinderten- und Rehabilitationssportverein
- Herzsport und Rückengymnastik -



Behinderten- und Rehabilitationssportverein 1990 e. V.
Kohlgartenstrasse 2
38855 Wernigerode

E-Mail: brsv1990@mail.de
Telefon: 03943/5539335
Telefax: 03943/5539337

Vereinsnummer: 50274

Steuernummer: 117/14344929

IBAN: DE 27810 520000 3000 77343
BIC: NOLADE 21 HRZ

Mitgliedserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Strasse/Nr.: _____

Telefon privat: _____

Diagnose: _____

Ich bitte um die Aufnahme als (bitte ankreuzen):

Mitglied

bzw. Mitglied seit _____

Der Jahresbeitrag wird von mir überwiesen bis zum 30.05. des Jahres.

Ein Austritt kann jederzeit dem Vorstand schriftlich mitgeteilt werden. Die Beitragspflicht erlischt jedoch erst zum Ende des laufenden Jahres.

Ort, Datum

Unterschrift



**Eingangsfragebogen für Teilnehmer am Rehabilitationssport
(außer Koronarsport)**

Name:	Vorname:	Geb.:
Anschrift:		
Körpergröße:	Gewicht:	Tel.:

Erkrankungen / Diagnosen:			
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Durchblutungsstörungen / Krampfadern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blutdruck-Wert _____			
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hypertonie (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	
Halswirbelsäulen-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	
Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
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	Welche?
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Andere Erkrankungen:			
Medikamente:			
Operationen (in den letzten 10 Jahren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Datum:
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ich bin damit einverstanden, dass Daten und Werte, die in der Rehabilitationssportgruppe von mir erhoben werden, dem Behindertensportverein zur Verfügung gestellt werden. Ferner stimme ich einer anonymen statistisch wissenschaftlichen Auswertung dieser Daten zu. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name:	Tel.:
--	-------

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wird vom Verein ausgefüllt:	
Übungszeit:	Übungsort:
Beginn voraussichtlich ab:	
Arztuntersuchungstermin:	

Juni 2008