

Sport-Gesundheitspark Berlin e. V.

Anmeldung Sportherapie STEP.De (ohne Mitgliedschaft)

Ich melde mich unter Anerkennung nachstehender Regelungen verbindlich zur Teilnahme an der Sporttherapie STEP.De im Sport-Gesundheitspark Berlin e.V. an.

Ich bestätige, dass die Kostenübernahme für die STEP.De Sporttherapie im STEP-Sporttherapiezentrum Sport-Gesundheitspark Berlin e.V. bei meiner Krankenkasse beantragt wurde. Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über die bestätigte Kostenübernahme von meiner Krankenkasse. Die Krankenkasse hat nach §13 Abs. 3a SGB V über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden.

Mir ist bewusst, dass ich im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse von diesem Vertrag zurücktreten kann. Eine Rücktrittserklärung liegt vor, indem ich die Ablehnung der Krankenkasse an das Therapiezentrum schicke. Mir ist bekannt, dass ich auch im Falle einer Zusage durch die Krankenkasse gemäß §357 BGB innerhalb von 14 Tagen von diesem Vertrag zurücktreten kann.

Nach der Bewilligung der Kostenübernahme werden Termine für das psychologische Erstgespräch (falls keine andere Psychotherapie nebenbei besteht) sowie die Sporteingangstestung vereinbart. Bei bestehender Eignung beginnt anschließend die Sporttherapie. Das Training findet 2x wöchentlich statt und endet nach max. 32 Einheiten. Der Sport-Gesundheitspark Berlin behält sich Änderungen der Trainingszeiten vor.

| Sporttherapie | Wochentag / Zeit (voraussichtl.) | Standort / online | |
|---------------|----------------------------------|---|---|
| 1. Termin | | <input type="checkbox"/> Fritz-Lesch-Str. | <input type="checkbox"/> Forckenbeckstr. |
| | | <input type="checkbox"/> Clayallee | <input type="checkbox"/> Hanns-Braun-Str. |
| 2. Termin | | <input type="checkbox"/> Reinickendorfer Str. | <input type="checkbox"/> online |

Name Vorname

Anschrift PLZ, Ort

Geburtsdatum Tel. privat

Krankenkasse..... Versicherten-Nr.....

E-Mail.....

Ich befinde mich in psychotherapeutischer Behandlung, mein:e Psychotherapeut:in hat die Eignung für c STEP-Sporttherapie schriftlich bestätigt und steht währenddessen als Ansprechpartner:in auch Krisensituationen zur Verfügung.

Der Sport-Gesundheitspark übernimmt **keine Haftung** für Garderobe, Wertgegenstände etc. Wir empfehlen Ihnen, während des Sports die Schließfächer in den Umkleiden zu nutzen (1 € bzw. 2 € Münze erforderlich), jedoch Wertgegenstände mit ins Training zu nehmen.

Ich versichere, dass ich sportgesund bin.

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung zum Datenschutz:

Ich stimme zu, dass auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz die personengebundenen Daten inkl. vorgelegter ärztlicher Befunde auf elektronischen Speichermedien archiviert werden, dem Zugriff der zuständigen und dem Datenschutz verpflichteten Mitarbeiter (standortübergreifend) unterliegen, anonymisiert für wissenschaftliche Auswertungen verwendet und mir selbst übermittelt werden. Die personenbezogenen Daten inkl. vorgelegter ärztlicher Befunde dürfen den zuständigen Sporttherapeuten des Sport-Gesundheitspark Berlin e.V. als Untersuchungsakte übermittelt werden (notwendig für die individuelle Steuerung der Sporttherapie). Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.

Besuchen Sie uns auch im Internet unter
www.sport-gesundheitspark.de

Fritz-Lesch-Str. 29 ▪ 13053 Berlin ▪ Tel. 72 626 72 19
Clayallee 225 C ▪14195 Berlin ▪ Tel. 84 71 95 50
Forckenbeckstr. 21 ▪14199 Berlin ▪Tel. 89 79 17 0
Hanns-Braun-Straße 1 ▪ 14053 Berlin ▪ Tel. 81 81 20

Datum, Unterschrift

Bestätigung

Wir bestätigen Ihre Aufnahme in die oben
angegebenen Sporttherapie-Gruppen

Unterschrift