

Anmeldung zum Training „Body in Balance“

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Bewegungsprogramm „Body in Balance“ an. Die entsprechenden Einzeltermine sind mir bekannt. Diese wurden mir gesondert ausgehändigt bzw. habe ich mich über die Webpräsenz www.neurologiewinterhude.de selbstständig informiert. Über die Kosten wurde ich informiert.

Hiermit versichere ich Ihnen, dass mir aus ärztlicher Sicht keine Bedenken gegen die Teilnahme an einem Training mit sportlicher Aktivität bekannt sind. Ich habe keine körperlichen Beschwerden, die einen Ausschluss der Teilnahme rechtfertigen würden.

Die Anmeldung kann vor Beginn der Trainingseinheiten (d.h. vor dem 1. Screening) mittels schriftlicher Erklärung widerrufen werden. In diesem Falle ist die vereinbarte Gebühr wie folgt zu entrichten:

bei Rücktritt 14 Tage vor Beginn entfällt die Pflicht zur Entrichtung der Gebühr

bei Rücktritt 7 Tage vor Beginn sind 50 % der vereinbarten Gebühr zu entrichten

bei Rücktritt bis zum Vortage des Beginns sind 75 % der vereinbarten Gebühren zu entrichten

Eine Stornierung der Anmeldung ist ab dem Tage des Beginnes und danach nicht mehr möglich, so dass die Gebühren in voller Höhe zu entrichten sind und Erstattungen von bereits geleisteten Zahlungen ausgeschlossen sind.

Die einzelnen Trainingseinheiten müssen 48 Std. vorher abgesagt werden, ansonsten ist die Gebühr in voller Höhe zu entrichten.

Meine persönlichen Daten:

(Bitte ergänzen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere hiermit die oben genannten Bedingungen.

Ort, Datum, Unterschrift des Teilnehmers bzw. des gesetzl. Vertreters

Bitte beantworten Sie uns noch die Fragen auf Seite 2.

Für einen reibungslosen Trainingsverlauf beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

Alter: _____

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Eigene Einschätzung der körperlichen Fitness:

(Bitte entsprechendes ankreuzen)

- ① Ich treibe keinen Sport.
- ② Ich treibe sehr unregelmäßig Sport.
- ③ Ich treibe unregelmäßig Sport. (1-2x pro Monat)
- ④ Ich treibe regelmäßig Sport. (1x pro Woche)
- ⑤ Ich treibe häufig Sport. (2-3x pro Woche)
- ⑥ Ich bin sportlich topfit. (Regelmäßig min. 3x pro Woche)

Meine ausgeübte Sportart: _____

Nur auszufüllen bei Ziffer ① bis ⑤

Wünschen Sie die Kursteilnahme nur bei Berücksichtigung einer weiteren Person?

- Ja, und zwar mit Frau/Herr _____
- Nein, ich werde alleine am Kurs teilnehmen.

Selbstverständlich können auch praxisfremde Personen am Kurs teilnehmen.

Die Anzahl der freien Kursplätze ist stark begrenzt. Daher werden die Plätze nach Zugang der Anmeldebestätigung vergeben.

Datenschutzerklärung:

Ich _____ bin damit einverstanden, dass meine Daten, zwecks Trainingsdurchführung an den Kooperationspartner und Trainer Pit Fischer übermittelt werden. Die „Ärztliche Schweigepflicht“ bezüglich meiner Patientendaten bleibt weiterhin unangetastet bestehen.

Ort, Datum, Unterschrift des Teilnehmers