

Information zu Ihrer T-RENA-Maßnahme

Liebe Patientin, lieber Patient im SpoMed Rehazentrum,

wir begrüßen Sie herzlich im SpoMed Rehazentrum. Um Ihnen den Einstieg in Ihre **T-RENA** Maßnahme zu erleichtern und einen reibungslosen Ablauf in unserer Einrichtung zu gewährleisten, haben wir Ihnen ein paar Informationen zusammengestellt.

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen eine **T-RENA** Maßnahme verschrieben. Diese beinhaltet zwei wöchentliche Trainingseinheiten von jeweils 60 Minuten. Mit dieser intensiven Behandlungsmaßnahme haben Sie die Möglichkeit, in Ihrer gewohnten Umgebung die notwendige Alltagstauglichkeit zu erlangen oder den schnelleren Weg in den Berufsalltag zu finden.

Im Rahmen des Trainings sind Sie über Ihren eigenen Krankenversicherungsschutz abgesichert.

- Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung Ihre **medizinischen Befunde** mit (Arztbriefe, OP-Berichte, Röntgen/ CT / MRT Befunde).
- Kommen Sie zu jedem Termin bitte in bequemer **Sportbekleidung**. Bitte bringen Sie **saubere Sportschuhe** mit. Zu empfehlen ist auch eine Sportjacke über dem T-Shirt, damit Sie nach körperlicher Betätigung nicht auskühlen.
- Zu Beginn der **T-RENA** Maßnahme erhalten Sie von uns einen Terminzettel. Bitte kommen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin.
- Terminabsagen erbitten wir frühzeitig, spätestens 48 Stunden im Voraus per E-Mail unter info@spomed-reha.de um für alle Patientinnen und Patienten einen termingetreuen Ablauf zu ermöglichen.

Bitte sprechen Sie uns bei Fragen jederzeit gerne an. Das gesamte SpoMed Reha-Team ist stets hochmotiviert, Ihnen einen maximalen Therapieerfolg zu ermöglichen und alles zu geben, damit Sie sich bei uns wohl und gut aufgehoben fühlen.

Freundlich grüßt

Team SpoMed Rehazentrum

Aufnahmebogen T-RENA und RV-FIT

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

Ort, PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hauptdiagnose (siehe Verordnung): _____

Nebendiagnosen/ sonstige Beschwerden (falls vorhanden): _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Treiben Sie Sport in Ihrer Freizeit? Wenn Ja, Welche Sportart(en)? _____

Trainingshäufigkeit pro Woche: _____

Nehmen Sie **regelmäßig** Medikamente ein? () Ja () Nein

Wenn Ja, welche? _____

Par-Q-Test:

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? () Ja () Nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? () Ja () Nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? () Ja () Nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren? () Ja () Nein
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten? () Ja () Nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? () Ja () Nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten? () Ja () Nein

Haben Sie **aktuelle Beschwerden am Bewegungsapparat**? () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **aktuell** irgendwelche **internistischen Erkrankungen**? () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

Welche **Ziele** verfolgen Sie **mit dem Training** kurz- mittel- und langfristig?

() Verbesserung der Ausdauer, Kraft & Koordination

() Stabilisierung & Steigerung der Leistungsfähigkeit

() Schmerzreduktion

() Rückkehr in Alltag und Beruf

() allgemeines Wohlbefinden

() sonstiges: _____

Einverständniserklärung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten nach bestem Wissen und Gewissen und gebe mein Einverständnis über die Speicherung der erhobenen Daten im SpoMed Rehasentrum. Eine Einweisung in die Geräte ist erfolgt. Mir wurde ausgiebig die Möglichkeit geboten, Fragen zu stellen. Alle Fragen wurden detailliert, vollständig und verständlich beantwortet. Ein Exemplar der Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt.

Ferner bin ich informiert, dass ich während der Therapie im Rahmen des T-RENA Nachsorgeprogramms nicht über die Unfallversicherung des SpoMed Rehasentrums versichert bin.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Zusatzblatt T-RENA Onkologie

Bitte kreuzen Sie an, welche Befunde bei Ihnen vorliegen:

- Port für Chemotherapie
- Inkontinenz
- Stoma
- Osteoporose
- Immunsuppression
- Metastasen
 - Wenn ja, wo _____
- Fatigue
- Kachexie
- Eingeschränkte Lungenfunktion
- Sonstiges
 - _____
 - _____

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

55543 Bad Kreuznach
Hannah-Arendt-Str. 3
Tel.:0671 79 61 42 00
Fax:0671 79 61 42 01

Name, Vorname: _____

www.spomed-zentrum.de
info@spomed-zentrum.de

Datum, Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung T-RENA / RV FIT

bei Erhebung von personenbezogenen Daten der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen unserer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus zu Ihrer zugehörigen Berufsgenossenschaft und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unser Zentrum mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet.

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten von folgenden Personen:

- Patienten unseres Zentrums
- Personen, die in Kontakt mit unserem Zentrum stehen (z.B. Bevollmächtigte oder erziehungsberechtigte Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. persönlich, per E-Mail oder telefonisch oder per Fax mit uns in Kontakt treten.

Richten Sie per E-Mail eine Frage an uns, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihre Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- **Persönliche Angaben** (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- **Gesundheitsdaten** (Anamnese, Befunde, Befunde anderer Fachärzte, Therapien, Auswertungen von Funktionsdiagnostiken). **Mit Ihrer Unterschrift zur Datenschutzverordnung erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, Ihre Patientendaten / bzw. -unterlagen bei anderen Fachärzten einzuholen.**
- Angaben zu **Kindern** erheben wir nur dann, wenn diese durch die **Erziehungsberechtigten** im SpoMed Zentrum vorgestellt werden.

Bei persönlichen und Gesundheitsdaten handelt es sich um besonders sensible Daten. Diese nutzen wir, um Sie entsprechend Ihres Gesundheitszustandes behandeln zu können oder zu anderen Fachärzten zu überweisen. Dabei kann es sein, dass wir nach Rücksprache mit der Patientin oder dem Patienten eine Überweisung an einen Facharzt weiterleiten. Auch hiermit erklären Sie sich im Rahmen des Datenschutzes einverstanden. Ihre Gesundheitsdaten werden wir in keinem Falle an Ihre Krankenversicherung weiterleiten. Auch Leistungsanfragen von Versicherungen beantworten wir nur im direktem

Die T-RENA Nachsorgeleistung wird von Ihrer zuständigen Deutschen Rentenversicherung finanziert. Ihre Daten über die Trainingsdokumentation, Anwesenheitsdaten sowie den Ausfall von Therapiestunden werden vom SpoMed Rehasentrum zu Abrechnungszwecken an die Deutsche Rentenversicherung weitergeleitet.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie auch dazu, ggf. Befundberichte zu Ihrem Gesundheitszustand bei Ihren zuständigen Ärzten einzuholen.

Mit der Akzeptanz der Datenschutzerklärung erlauben Sie uns, Ihre vereinbarten Termine an eine von Ihnen genannte Emailadresse elektronisch zu versenden.

Sie haben im Zusammenhang mit dem Datenschutz hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

1. Wer ist in unserem Institut für den Datenschutz verantwortlich?

Datenschutzbeauftragte SpoMed Facharztpraxis:

Frau Silke Stening; Tel.: 0671 / 79 61 42 00; E-Mail: info@spomed-zentrum.de

2. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Rheinland-Pfalz

Postfach 30 40

55020 Mainz