



Hiermit melde ich mich verbind	llich zum Walking-	Kurs vom				17.00 Uhr, an:
Name, Vorname				Krankenkasse		
PLZ/Ort	Straße/Ha	usnr.			Geburtsdatum	
Telefon mobil		E-Mail-Adress	se			
Bitte beantworte wahrheitsgemäß folgende Fragen:						
Ich kann am Kurs 12x teilnehmen						
Meine bisherigen sportlichen Aktivitäten:						
Mein(e) Motiv(e) zur Teilnahme Abbau von Alltagsbeschwerden (zu wenig Ausgleichsbewegung) Gewichtsreduktion Verbesserung der allgemeinen Fitness allein "keinen Bock" zum Training						
Wie hast du zu uns gefunden? Krankenkasse Mundpropaganda/Bekannte Sonstiges						
Gesundheits-Check Schwanger? Gelenkprobleme? Diabetiker? Asthma? Gelenk-/Fußoperationen? Ich bin in ärztlicher Behandle Herz-Kreislauf-Erkrankung Bluthochdruck Probleme Wirbelsäule Probleme Bandscheiben Knie-Probleme	nein nein nein nein nein nein nein nein	ja - Bitte / ja - Mittel ja - Spray ja - Unbed ja - Unbed ja - Bitte / ja - Unbed	Arzt ko I gege griffb dingt / dingt / Arzt ko Arzt ko dingt /	onsultiere n Über-/U ereit halte Arzt konsu Arzt konsu onsultiere onsultiere Arzt konsu	n & Rückmenterzucker en ultieren & R ultieren & R n & Rückmen n & Rückmen	dabeihaben ückmeldung ückmeldung eldung eldung ückmeldung
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgab Abrechnung der Leistungen mit dem Vertragsp Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) Buchholz e.V.) findest du unter https://www.na WICHTIG: Die Anmeldung ist erst mit Zahlungs Eingang gültig. Die Teilnahme an diesem Kurs geschi Verantwortung. Wenn du dich in ärz befindest, informiere bitte unbeding deine Teilnahme an diesem Kurs. Bitte eine Kopie zwecks Überweisu Kontakt: TSV 1847 Buchholz e.V. Meisterstraße 6 · 09456 Annaberg Telefon 03733/690013, Fax 03733/6E-Mail: aero-gym@gmx.net	artner erhoben und verarbei führen. Informationen zur D ive-druck.de/images/images_ -/Gutschein- eht auf eigene tlicher Behandlung t den Arzt über ung behalten! Elke Nave -Buchholz	itet. Das Mitwir Jatenverarbeitur Ltsv/tsv_datenso	ken ist na ng und zi chutzricht Beitrag Gu Ba Üb Dei der nhabe BAN: [ch § 60 SGB I e deinen Rechte dinie_2018.pdf g: 75,00 itschein d rzahlung berweisun Erzgebirg r: TSV 184	erforderlich. Fehler EUR, Zahlunger AOK Plus (beigefügt) g auf das K gssparkasse 17 Buchholz 4000 333	nde Mitwirkung kann zu htlinie des TSV 1847 ng erfolgt durch s onto z e.V.

Datum, Unterschrift