

Bewerbung

für das interdisziplinäre Schulungsprogramm zur Therapie der Adipositas M.O.B.I.L.I.S.

Hiermit bewerbe ich mich für das interdisziplinäre Schulungsprogramm M.O.B.I.L.I.S. in:

.....
Standort

.....
Starttermin (falls vorhanden)



Anschrift der/des Bewerberin/Bewerbers

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Telefonnummer privat

.....
Telefonnummer beruflich

.....
Handynummer

.....
E-Mail

.....
Krankenkasse

Angaben zum Gesundheitszustand der/des Bewerberin/Bewerbers

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und nach Möglichkeit vollständig. Beachten Sie bitte auch die M.O.B.I.L.I.S.-Ausschlusskriterien. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und geben diese nicht an Dritte (z.B. Ihre Krankenkasse) weiter.

(1) Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? cm kg
aktuelle Größe aktuelles Gewicht

(2) Haben Sie einen Diabetes? nein ja
Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen:
 Typ 1-Diabetes
 Typ 2-Diabetes ohne Insulinpflicht
 Typ 2-Diabetes mit Insulinpflicht

(3) Nehmen Sie Psychopharmaka ein? nein ja
Wenn ja, bitte Grund für die Einnahme sowie Name und Dosierung des Medikaments angeben:

.....
Grund für die Einnahme (Erkrankung bzw. Diagnose) Name des Medikaments Dosierung

(4) Sind Sie in der Lage zirka 30 Minuten am Stück (zügig) zu Gehen? ja nein

Weitere Angaben bzw. Kommentare (bei Bedarf):

Ich versichere, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Meine Bewerbung garantiert nicht automatisch die Teilnahme an einer M.O.B.I.L.I.S.-Gruppe. Sofern keine Ausschlusskriterien bestehen und die von mir gewünschte Gruppe noch nicht ausgebucht ist, erhalte ich nach Eingang meiner Bewerbung Anmeldeunterlagen von der M.O.B.I.L.I.S.-Zentrale zugesandt. Sollte die von mir gewünschte Gruppe bereits ausgebucht sein bzw. schon begonnen haben oder aber noch kein genauer Starttermin feststehen, werde ich auf einer Warteliste geführt und rechtzeitig über den bevorstehenden Start einer neuen Gruppe bzw. eines freien Platzes informiert. Zu diesem Zeitpunkt erhalte ich auch die notwendigen Unterlagen für eine definitive Teilnahme.

Mit meiner Bewerbung gehe ich keinerlei Verpflichtung gegenüber M.O.B.I.L.I.S. ein.

Um eine etwaige Kostenerstattung durch meine Krankenkasse oder -versicherung kümmere ich mich selbst vor Kursbeginn. Die Kostenerstattung ist nicht Bedingung meiner möglichen Kursteilnahme. Sofern ich nicht bei der BARMER versichert bin, erhalte ich auf Wunsch Informationsmaterial für meine Krankenkasse zugesandt (bitte vermerken).

.....
Datum/Unterschrift der/des Bewerberin/Bewerbers

<p>Datenschutzhinweis: Ich willige ein, dass meine personen-, gesundheitsbezogenen und sonstigen Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, soweit dies nach den Umständen des Einzelfalles erforderlich ist.</p>
--

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

M.O.B.I.L.I.S.-Programm
Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Rehabilitative u. Präventive Sportmedizin
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg

oder per Telefax: (0761) 50 39 117 oder (01212) 60 50 39 117