

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Sequenz- bzw. Muskelaufbautraining in der Zeiten der Coronakrise

Gruppe: Selbstzahler MAT

Vor- u. Nachname des Teilnehmers/der Teilnehmerin: _____

Telefonnummer: _____

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie zählen aufgrund einer chronischen Erkrankung möglicherweise zur Risikogruppe. Für die Teilnahme am Funktionstraining und/oder Rehabilitationssports und/oder T-RENA in Zeiten der Coronakrise müssen Sie vor Ihrer Teilnahme die vorliegende Einverständniserklärung unterschreiben. Auch wenn alle möglichen Maßnahmen zur Risikominimierung getroffen werden, besteht weiterhin ein Restrisiko, sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Bei bestimmten Indikationen sind grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig.

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

- Herz-Kreislaufkrankungen (u.a. bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen und Coronare Herzerkrankungen)
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus Typ I und II
- Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma, chronische Bronchitis, COPD)
- Chronische Erkrankungen der Leber (z.B. Leberzirrhose)
- Nierenerkrankungen, Dialysepflicht
- Organtransplantation
- Autoimmunerkrankungen (u.a. rheumatoide Arthritis)
- Zustand nach akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall

Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Sollten Sie in dem einen oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vorher mit Ihrem Haus- oder Facharzt.

Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die die Wiederaufnahme des Trainings beabsichtigen, sollten gegebenenfalls durch Hinzuziehung des Haus- oder Facharztes das individuelle Risiko abschätzen lassen. Eine Teilnahme ist freiwillig.

Der Gesundheitszustand und die individuellen Risiken einer Teilnahme sind von jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin (Selbsteinschätzung) und dem durchführenden Therapeuten*in/Übungsleiter*in individuell und in Abwägung gegenüber der therapeutischen Notwendigkeit und dem therapeutischen Nutzen jeweils vor Wiederaufnahme zu analysieren und abzuschätzen.

Einverständniserklärung

Ich nehme in Eigenverantwortung an den Bewegungsangeboten der Weststadt Reha teil.

Ich verpflichte mich, u.a. folgende infektionshygienische Maßnahmen und Regelungen einzuhalten und umzusetzen:

- Fortlaufende Einhaltung der vorgegebenen Abstandsregelung von mindestens 2 Metern
- Betreten des Übungsraumes nur in Anwesenheit d. Therapeuten*in/Übungsleiters*in
- Zügiges Verlassen des Übungsraumes → Der Aufenthalt im Übungsraum beschränkt sich auf die Trainingseinheit
- Umkleiden, Duschen sowie Gemeinschafts- und Gesellschaftsräume bleiben geschlossen → Erscheinen in Sportkleidung
- Regelmäßiges und gründliches Händewaschen, desinfizieren der Hände vor Betreten des Übungsraumes und vor dem Verlassen
- Unterschreiben des Teilnahmenachweises mit eigenem Stift
- Möglichst keine Begleitpersonen
- Beachten der Hinweisschilder und Markierungen (z.B. Einhaltung von Laufwegen)
- Vermeiden von Fahrgemeinschaften
- Falls angeordnet, müssen ggf. Alltagsmasken getragen werden
- Husten- und Niesetikette einhalten
- Eigenes Material gründlich reinigen/desinfizieren
- Keine Weitergabe von verwendetem Material untereinander
- Kein Körperkontakt
- + ggf. weitere/individuelle Vorgaben der Einrichtung

Darüber hinaus verpflichte ich mich, alle während der Bewegungsangebote auftretenden Veränderungen (Schmerzen, Schwindel, Beschwerdeverschlechterung und ähnliches), umgehend mitzuteilen. Die Therapeuten*innen und Übungsleiter*innen vor Ort sind für die Umsetzung dieser (infektionshygienischen) Maßnahmen sowie für die Beachtung und Einhaltung der Regeln verantwortlich. Ich verpflichte mich, den Weisungen und Vorgaben der Therapieeinrichtung sowie des Therapeuten*in/Übungsleiters*in stets Folge zu leisten. Sollte ich coronatypische Symptome (u.a. grippeähnliche Symptome wie Husten, Schnupfen, Halskratzen, Fieber) aufweisen, suche ich ausschließlich den telefonischen Kontakt. Eine Teilnahme am Training ist dann ausgeschlossen. Die Therapieeinrichtung und/oder die/der Therapeut*in/Übungsleiter*in ist jederzeit in der Lage, mich vom Training zu verweisen, sollten Symptome auftreten oder infektionshygienische Vorgaben und Maßnahmen nicht eingehalten werden.

Sollten Sie eine positive COVID-19-Diagnose erhalten haben oder in Kontakt mit einer infizierten oder im Verdacht einer Infektion stehenden Person gestanden haben, dürfen Sie frühestens nach vierzehn Tagen und mit ärztlichem Attest¹ wieder am Training teilnehmen.

Zwecks Nachverfolgung von möglichen Infektionsketten, bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, falls notwendig, an die entsprechenden Personen und Institutionen weitergegeben werden.

Für Schäden aufgrund der Nichtbeachtung von Pflichten aus dieser Vereinbarung bestehen keine Ansprüche gegenüber der Therapieeinrichtung.

Ich willige in die Teilnahme am Funktionstraining / Rehabilitationssport / T-RENA unter den oben genannten Bedingungen ein. Zudem bestätige ich die Kenntnisnahme der medizinischen Informationen zum Coronavirus und den damit möglichen einhergehenden Risiken.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

¹ Das Attest bezieht sich dabei auf die eigene positive COVID-19-Diagnose