



Antrag SVS-Gesundheitswoche Fit & G'sund für Erwerbstätige

Antragsteller	VSNR	Geburtsdatum
Vor- und Familienname:		
Adresse:		
E-Mail:	Telefon:	
In welcher Branche sind Sie tätig?		

Angaben zum Aufenthalt	
Wunschtermin/-ort: _____	Auffrischer: _____
Alternativtermin/-ort: _____	Auffrischer: _____

- Mit der Antragstellung verpflichte ich mich zur Teilnahme am gesamten Gesundheitsangebot (**Grundwoche und Auffrischer**).
- Ich bestätige, innerhalb der letzten drei Jahre vor der Antragsstellung bzw. ab 40 Jahren innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Antragstellung eine **Vorsorgeuntersuchung** (VU) in Anspruch genommen zu haben oder erfolgreich am Programm **Selbständig Gesund** (Halber Selbstbehalt) teilzunehmen (gilt nur für Gewerbetreibende und Neue Selbständige anstelle der VU). *Die Teilnahme am Programm Selbständig Gesund ist nur für Gewerbetreibende und Neue Selbständige möglich.*
- Ich erkläre mich damit einverstanden, eine **einkommensabhängige Zuzahlung** zu leisten, welche im Zuge der Beitrags- oder Kostenanteilsvorschreibung eingehoben wird.
- **Stornierung:** Wenn ich das Gesundheitsangebot ohne ärztlich bestätigte Krankheit innerhalb von 28 Tagen vor Beginn absage oder vorzeitig abbreche, trage ich die anfallenden **Stornokosten** selbst.
 - Bei Absagen bis 14 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 20% des Leistungstagsatzes (€ 152,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
 - Bei Absagen bis 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 40% des Leistungstagsatzes (€ 152,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
 - Bei Absagen kürzer als 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 70% des Leistungstagsatzes (€ 152,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
 - Bei Abbruch 100% des Leistungstagsatzes (€ 152,25) für die nicht in Anspruch genommenen Leistungstage bis zum Ende des Gesundheitsangebotes
- **Datenschutz:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** (VSNR, Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Gesundheitsdaten) an den von der SVS berechtigten/beauftragten Vertragspartner (Hotel, Ärzte, Trainer, Therapeuten, Gesundheitsförderer) weitergeleitet und zu Evaluierungszwecken von diesem wieder an die SVS rückübermittelt werden. Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per Mail unter dsb@svs.at oder per Post an die Sozialversicherung der Selbständigen, DLZ Sicherheit und Gesundheit, Mozartstraße 41, 4010 Linz widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter svs.at/vvt

- **Haftungsausschluss:** Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Teilnahme auf eigene Gefahr erfolgt und die SVS nicht für die Eignung der Teilnehmer am Bewegungs- und Untersuchungsprogramm verantwortlich ist, sowie jegliche Haftung für Schäden an Personen und Material seitens der SVS und deren beauftragten Personen ausgeschlossen ist.
- **Gesundheitszustand:** Bei Angaben zu **psychischen und körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen** im nachfolgenden Gesundheitsfragebogen, die eine aktive Teilnahme am Programm erschweren, kann der Antrag nicht bewilligt werden. **Änderungen des gesundheitlichen Zustandes** bzw. der oben erwähnten Angaben gebe ich der SVS vor Antritt des Gesundheitsangebotes bekannt.

Wichtig!

- ✓ Für die Teilnahme an der Gesundheitswoche ist eine **Vorsorgeuntersuchung** innerhalb der letzten drei Jahre vor der Antragsstellung bzw. ab 40 Jahren innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Antragstellung erforderlich. *(Diese Voraussetzung entfällt bei einer erfolgreichen Teilnahme am Programm Selbständig Gesund)*
- ✓ Bei **Ja-Antworten im nachfolgenden Gesundheitsfragebogen (ausgenommen Frage 11, 12 und 13)** wird vor dem Aufenthalt **eine Untersuchung beim Hausarzt dringend empfohlen, um die persönliche Eignung für eine Bewegungs- und Sportausübung abklären zu lassen.**
- ✓ **Eine Antragstellung ist ausschließlich über die SVS möglich!** Bitte übermitteln Sie den ausgefüllten Antrag und alle erforderlichen **Unterlagen** an das **Dienstleistungszentrum Sicherheit & Gesundheit**. Einfach, rasch und bequem können Sie dies mit **svsGO** erledigen. Melden Sie sich mit Ihrer ID Austria an und laden Sie die Unterlagen unter dem Menüpunkt **Hilfe & Kontakt** mit einigen wenigen Klicks hoch. Gerne nehmen auch die **SVS-Kundencenter** Ihre Unterlagen entgegen.

Newsletter-Anmeldung: Ich möchte in Zukunft per E-Mail über aktuelle Neuerungen der SVS informiert werden. Sie können Ihre Newsletter-Anmeldung jederzeit unter svs.at/newsletterabmeldung widerrufen.

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Teilnahme am ausgewählten Gesundheitsangebot und akzeptiere die oben angeführten Bedingungen.

Datum / Unterschrift



Gesundheitsfragebogen für die Teilnahme an der Gesundheitswoche

Vor- und Nachname: _____ VSNR: _____

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

1. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben („Schulnotensystem“)?

- 1=sehr gut 2=gut 3=mittelmäßig 4=eher schlecht 5=sehr schlecht

2. Hatten Sie Behandlungen, Operationen, Unfälle in den letzten 12 Monaten?

- nein
 ja, folgende: _____

3. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen/Beschwerden?

- nein
 ja, an folgender/folgenden (Zutreffendes bitte ankreuzen):
- Herz-Kreislaufkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, etc.)
 - Gefäßkrankung (Aneurysma, Lungenembolie, Thrombose, Schlaganfall)
 - Therapiepflichtige offene Wunden (z.B. Ulcus Cruris)
 - Krebserkrankung
 - Atemwegserkrankung (COPD, Asthma, chron. Husten, Atemnot)
 - Diabetes
 - Morbus Bechterew
 - Bandscheibenvorfall oder Wirbelsäulenfehlstellung mit körperlichen Einschränkungen
 - Narben- oder Bauchwandbruch
 - Netzhautablösung
 - chron. Gelenkentzündungen (Rheuma, Arthritis)
 - Osteoporose (80% Knochendichte des Altersdurchschnitts)
 - Epilepsie, letzter Anfall: _____ letzte Kontrolle: _____
 - Sonstige: _____

4. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

- nein ja, an folgender: _____

Stehen bzw. standen Sie in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung?

- nein ja, seit _____ bis _____

Standen Sie bereits in psychiatrischer/neurologischer Behandlung (Ordnation oder Spital)?

- nein ja, die letzte Behandlung war _____

Haben Sie schon einmal eine psychiatrische Rehabilitation absolviert?

- nein ja, und zwar im Jahr _____

5. Leiden Sie an Bluthochdruck?

nein ja

6. Nehmen Sie Blutdruck-Medikamente?

nein ja, die folgenden:

7. Beträgt Ihr Blutdruck (mit oder ohne Einnahme von Blutdruck-Medikamenten) dauerhaft oder wiederholt über 140 / 90 mm Hg?

nein ja, meine Werte liegen oft/ meistens meist bei ____ / ____ mm Hg

Wichtig: Ein normaler Blutdruck bzw. medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck ist für die problemlose Teilnahme am Bewegungsprogramm unbedingt erforderlich.

8. Nehmen Sie derzeit andere Medikamente?

nein ja, welche und wofür:

9. Hat Ihnen jemals ein Arzt Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

nein ja

10. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

nein ja

11. Körperangaben: Bei einem BMI über 30 ist die Teilnahme an der Gesundheitswoche Fit & G'sund nur mit dem Schwerpunkt Gewichtsmanagement möglich. Bei einem BMI über 35 ist die Teilnahme an der Gesundheitswoche ausgeschlossen.

Gewicht: ____ kg, Größe: ____ cm

Bauchumfang (in Bauchnabel-Höhe gemessen): ____ cm

12. Sind Sie allgemein in der Lage und motiviert, an einem ganztägigen Vortrags- bzw. Bewegungsprogramm mitzumachen?

nein ja

13. Fühlen Sie sich in der Lage an folgendem Bewegungsprogramm mitzumachen?

- Moderates Ausdauertraining (z.B. Eine Stunde Gehen im leicht hügeligen Gelände) ja nein
- Mehrmals pro Woche verschiedene Bewegungsprogramme für jeweils ca. 60 – 120 min (z.B. Ausdauer- und Kräftigungseinheiten) ja nein
- Wirbelsäulentraining/ Rückengymnastik ja nein
- Bewältigung einer Wegstrecke von mind. 2 km zu Fuß ja nein
- Koordinationsübungen/Gleichgewichtsübungen ja nein

14. Wird eine medizinisch begründete Diät benötigt (z.B. Glutenfreie Diät bei Zöliakie)?

nein ja, folgende: _____

15. Sonstige Hinweise zum Gesundheitszustand

Datum, Unterschrift