Deutsche RHEUMA-LIGA
Landesverband Bayern e.V.

Arbeitsgemeinschaft Fürstenfeldbruck

Anmeldung zum Funktionstraining

Für Ihre Unterlagen

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy- Nr.:_____

bitte ankreuzen: ☐ Trockentherapie ☐ Wassertherapie

Voraussetzung
☐ Verordnung durch den behandelnden Arzt mit Kostenübernahme durch die Krankenkasse.
☐ Privat-Verordnung durch den behandelnden Arzt, d.h. **ohne** Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Mitglied der Dt. Rheuma-Liga ☐ ja ☐ nein

Datum und Unterschrift: _____

Preisliste für das Funktionstraining ab 01.01.2025

Selbstzahler: (ohne Genehmigung durch die Krankenkasse)

Trockentherapie:	Mitglieder	65,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	95,-- €	für ein halbes Jahr
Wassertherapie:	Mitglieder	85,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	110,-- €	für ein halbes Jahr

Mit Kostenübernahme (Verordnung 56) durch die Krankenkasse:

Trockentherapie:	Mitglieder und Nicht- Mitglieder		keine zusätzlichen Kosten
Wassertherapie:	Mitglieder	30,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	60,-- €	für ein halbes Jahr

Alle Preise gelten jeweils für eine Trainingseinheit von 30 Minuten. Der Betrag wird jeweils am 01.01. und 01.07. von Ihrem Konto abgebucht.

Therapiezeiten und Orte:

Trockentherapie:	Donnerstag	Gruppe I	16:15 – 16:45 Uhr
		Gruppe II	17:00 – 17:30 Uhr

Volkshochschule Fürstenfeldbruck, Niederbronnerweg 5, 82256 Fürstenfeldbruck

Wassertherapie	Montag	Gruppe I	13:00 - 13:30 Uhr
		Gruppe II	13:35 - 14:05 Uhr
		Gruppe III	14:10 - 14:40 Uhr

Amperoase, Klosterstraße 7, 82256 Fürstenfeldbruck

In den Schulferien finden in der Wassertherapie keine Trainingseinheiten statt

b.w.

Darstellung der Kostenbeiträge für Funktionstraining und Bewegungsübungen

Die Deutsche Rheuma-Liga, Arbeitsgemeinschaft Fürstenfeldbruck, führt das Funktionstraining für Rheumakranke durch. Die Dauer der Trockengymnastik beträgt 30 Minuten, die der Wassergymnastik 20 Minuten. Eine Zuzahlung (wie z. B. bei Krankengymnastik) für die Teilnahme am Funktionstraining mit einer genehmigten Verordnung wird für diese Therapiedauer nicht erhoben.

Darüber hinaus bietet die Arbeitsgemeinschaft Fürstenfeldbruck im Rahmen der Selbsthilfeaktivitäten zusätzliche Bewegungsübungen direkt im Anschluss an das Funktionstraining an. Die Teilnahme erfolgt auf Wunsch der Teilnehmerin/ des Teilnehmers. Hierfür fällt ein Kostenbeitrag an.

Bitte beachten Sie:

Für **Nichtmitglieder** zahlt die Krankenkasse 20 Minuten. Die restlichen 10 Minuten zahlen Sie mit 120,00 € im Jahr Bewegungsgeld.

Mitglieder zahlen 60,00 € und einen Mitgliedsbeitrag von 35,00 € im Jahr.

Eine Erstattung ist durch die Krankenkassen nicht möglich.

Bemerkung der Krankenkassen

Das von Ihrem Arzt angegebene Rehabilitationsziel ist nur bei regelmäßiger Teilnahme zu erreichen. Unterbrechungen sollten auf begründende Ausnahmefälle begrenz bleiben. Darüber ist die jeweilige Gruppe zu informieren.
Bei nichtgemeldeter Unterbrechung kann die **Rheumaliga das Funktionstraining abbrechen**. Ihre augenblickliche Lebenssituation wird dabei berücksichtigt.

Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Bayern e.V.
Arbeitsgemeinschaft Fürstenfeldbruck

Deutsche RHEUMA-LIGA
Landesverband Bayern e.V.

Arbeitsgemeinschaft Fürstenfeldbruck

Anmeldung zum Funktionstraining

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy- Nr.:_____

bitte ankreuzen: ☐ Trockentherapie ☐ Wassertherapie

Voraussetzung ☐ Verordnung durch den behandelnden Arzt
mit Kostenübernahme durch die Krankenkasse.
☐ Privat-Verordnung durch den behandelnden Arzt,
d.h. **ohne** Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Mitglied der Dt. Rheuma-Liga ja ☐ nein ☐

Datum und Unterschrift: _____
Senden Sie **diese** Ausfertigung an die Deutsche Rheuma-Liga, ARGE Fürstenfeldbruck,
Dr. Hildegard Seidl, Maisacher Straße 56, 82256 Fürstenfeldbruck

Preisliste für das Funktionstraining ab 01.01.2025

Selbstzahler: (ohne Genehmigung durch die Krankenkasse)

Trockentherapie:	Mitglieder	65,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	95,-- €	für ein halbes Jahr
Wassertherapie:	Mitglieder	85,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	110,-- €	für ein halbes Jahr

Mit Kostenübernahme (Verordnung 56) durch die Krankenkasse:

Trockentherapie:	Mitglieder und Nicht- Mitglieder		keine zusätzlichen Kosten
Wassertherapie:	Mitglieder	30,-- €	für ein halbes Jahr
	Nicht- Mitglieder	60,-- €	für ein halbes Jahr

Alle Preise gelten jeweils für eine Trainingseinheit von 30 Minuten. Der Betrag wird jeweils am 01.01. und 01.07. von Ihrem Konto abgebucht.

Therapiezeiten und Orte:

Trockentherapie:	Donnerstag	Gruppe I	16:15 – 16:45 Uhr
		Gruppe II	17:00 – 17:30 Uhr

Volkshochschule Fürstenfeldbruck, Niederbronnerweg 5, 82256 Fürstenfeldbruck

Wassertherapie	Montag	Gruppe I	13:00 - 13:30 Uhr
		Gruppe II	13:35 - 14:05 Uhr
		Gruppe III	14:10 - 14:40 Uhr

Amperoase, Klosterstraße 7, 82256 Fürstenfeldbruck

Bitte wenden! ➡

In den Schulferien finden in der Wassertherapie keine Trainingseinheiten statt

Bitte füllen Sie zur Erteilung einer Einzugsermächtigung das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus!

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., ARGE Fürstenfeldbruck, Maisacher Str. 56, 82256 Fürstenfeldbruck
(Zahlungsempfänger)

Vorname und Name (Kontoinhaber / Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., ARGE Fürstenfeldbruck die Kostenbeteiligung für das Funktionstraining bis auf Widerruf von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., ARGE Fürstenfeldbruck. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers

IBAN:DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

BIC __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s