



### Antrag: Aufnahme zum Rehasport in eine Herzsportgruppe

|               |                                              |                                   |                                   |                                 |                                       |
|---------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Name:         |                                              |                                   |                                   | Titel:                          |                                       |
| Vorname:      |                                              |                                   |                                   |                                 |                                       |
| Geb. Dat.:    |                                              | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> divers |                                       |
| Straße:       |                                              | PLZ, Ort:                         |                                   |                                 |                                       |
| Festnetz:     |                                              | Mobil:                            |                                   |                                 |                                       |
| E-Mail:       |                                              |                                   |                                   |                                 |                                       |
| Kostenträger: | <input type="checkbox"/> Krankenkasse:       |                                   | <input type="checkbox"/> Privat   |                                 | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |
|               | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung: |                                   |                                   |                                 |                                       |

**Wir freuen uns über Ihre Mitgliedschaft im Verein der DSHS-Herzgruppen e.V.!**

☐ Erstantrag am: \_\_\_\_\_ ☐ Änderungsantrag am: \_\_\_\_\_

|                          |                                          |
|--------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einmalige Aufnahmegebühr beim Erstantrag |
| <input type="checkbox"/> | Mitgliedsbeitrag                         |
| <input type="checkbox"/> | Ich möchte nicht Mitglied werden         |

#### Trainingsart (bitte Entsprechendes ankreuzen):

| <b>MIT Verordnung (VO), genehmigt von einer Krankenkasse oder einer Rentenversicherung, Gebühren s. Anhang:</b>                                                                                                     | 1x pro Woche             | 2x pro Woche             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hallentraining (kein Eigenanteil)                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergometer- und Krafttraining, Eigenanteil (Gebühren s.u.)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brustgurt (bei Teilnahme am Ergometer Training erforderlich)                                                                                                                                                        |                          |                          |
| Nicht genutzte Übungseinheiten verfallen. - Nach Ablaufdatum der Verordnung muss eine neue VO erbracht werden, ansonsten kann eine Teilnahme nur gegen Gebühr erfolgen (siehe nächsten Abschnitt: OHNE Verordnung). |                          |                          |

| <b>OHNE Verordnung (VO): Selbstzahler (Privatpatient oder Patient mit Beihilfeversicherung), Gebühren s. Anhang:</b> | 1x pro Woche             | 2x pro Woche             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hallentraining (Eigenanteil, Gebühren s. u.)                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergometer- und Krafttraining, Eigenanteil (Gebühren s.u.)                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brustgurt (bei Teilnahme am Ergometer Training erforderlich)                                                         |                          |                          |

**Ich zahle:** ☐ monatlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

☐ Lastschriftverfahren (SEPA): IBAN \_\_\_\_\_

Durch die Unterschrift erkenne ich die Satzung/ Beitragsordnung des Vereins DSHS-Herzgruppen e.V. an (Vorstand vertreten durch: Klaus Griebitzsch).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufnahmeantrag

**Bitte wenden** → → → → → → → → → → → → → → → → → → → → → →



### Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Mit der Einwilligung zur Datenverarbeitung erfolgt die Aufnahme in eine Herzsportgruppe des Vereins DSHS Herzgruppen e.V.

**Bitte unbedingt Personaldaten vollständig, gut leserlich ausfüllen und unterschreiben!**

|                   |  |                                   |                                                                   |
|-------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b>      |  | <b>Titel:</b>                     |                                                                   |
| <b>Vorname</b>    |  |                                   |                                                                   |
| <b>Geb. Dat.:</b> |  | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| <b>Straße:</b>    |  |                                   |                                                                   |
| <b>PLZ, Ort:</b>  |  |                                   |                                                                   |

|                      |  |               |  |
|----------------------|--|---------------|--|
| <b>Kontaktdaten:</b> |  |               |  |
| <b>Festnetz:</b>     |  | <b>Mobil:</b> |  |
| <b>E-Mail:</b>       |  |               |  |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden.</p> <p>Hierzu gehören: Vorstand, erweiterter Vorstand, ehrenamtliche Mitarbeiter, Übungsleiter und medizinisches Personal, die der Schweigepflicht unterliegen.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <p>Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorgenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <p>Mir ist bekannt, dass meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungszeit gelöscht werden.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <p>Die beigefügten Informationen gem. Art. 15, 16, 17, 18, 20 und 21 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Werden ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben sie das Recht Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. (Art. 15 DSGVO)</li><li>b. Sollten unrichtige personenbezogenen Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO)</li><li>c. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18, 21 DSGVO)</li><li>d. Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. (Art. 20 DSGVO)</li></ul> |

Ort, Datum

Unterschrift Einwilligung Datenverarbeitung

**Es gilt die jeweils aktuelle Gebührenordnung → siehe Anlage →→→→→→→→→**



## **Gebührenordnung des Vereins DSHS Herzgruppen e.V.**

Die Mitgliederversammlung des Vereins DSHS Herzgruppen e.V. hat am 02.03.2026 folgende Beitragsordnung beschlossen:

1. Alle Vereinsmitglieder zahlen einen Mitgliedsbeitrag.
  - Der Mitgliedsbeitrag kann monatlich, halbjährlich oder jährlich vom Mitglied entrichtet werden.
  - Ehrenmitglieder sind von der Beitragszahlung befreit.
2. Der Beitrag gilt auch als passiver Beitrag bei ruhender Mitgliedschaft.  
In dem Beitrag sind die Schließungszeiten im Sommer, im Winter (Weihnachten/Silvester) und an anderen traditionellen Feiertagen (z.B. Karneval) berücksichtigt.
3. Die Beiträge werden jeweils zum ersten Werktag eines jeden Monats/ Halbjahres/ Jahres eingezogen. Das Mitglied erteilt dem Verein ein SEPA-Lastschriftmandat oder überweist per Dauerauftrag die genannten Beträge.

4. Die Beiträge betragen ab 01.07.2026:

|     |                                                                          |                          |             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| 4.1 | Einmalige Aufnahmegebühr:                                                | <input type="checkbox"/> | 20,00 €     |
| 4.2 | Mitgliedsbeitrag                                                         | <input type="checkbox"/> | 5,00 € mtl. |
| 4.3 | Brustgurt einmalig<br>(bei Teilnahme am Ergometer Training erforderlich) | <input type="checkbox"/> | 30,00 €     |

| Mit Verordnung von<br>Krankenkasse oder<br>Rentenversicherung: |                                 | 1x pro Woche ↓           |         | 2x pro Woche ↓           |         |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
|                                                                |                                 | monatlich                |         | monatlich                |         |
| 4.4                                                            | Hallentraining                  | <input type="checkbox"/> | 0,00 €  | <input type="checkbox"/> | 0,00    |
| 4.5                                                            | Ergometer- und<br>Krafttraining | <input type="checkbox"/> | 20,00 € | <input type="checkbox"/> | 40,00 € |

| Selbstzahler: |                                 | 1x pro Woche ↓           |         | 2x pro Woche ↓           |         |
|---------------|---------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
|               |                                 | monatlich                |         | monatlich                |         |
| 4.6           | Hallentraining                  | <input type="checkbox"/> | 30,00 € | <input type="checkbox"/> | 60,00 € |
| 4.7           | Ergometer- und<br>Krafttraining | <input type="checkbox"/> | 35,00 € | <input type="checkbox"/> | 70,00 € |

| Rechnungsvereinbarung: |          |                          |              |                          |            |
|------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|
| 4.8                    | Rechnung | <input type="checkbox"/> | halbjährlich | <input type="checkbox"/> | jährlich   |
|                        |          | <input type="checkbox"/> | postalisch   | <input type="checkbox"/> | per E-Mail |

5. Bei Mahnungen werden Mahngebühren von 2,50 € pro Mahnung erhoben.  
Bei Lastschriftrückgaben (Zurückweisung) wird eine Gebühr von 5,00 € berechnet.
6. Diese Beitragsordnung kann bei Notwendigkeit vom Vorstand per Beschluss geändert werden.