

# M.O.B.I.L.I.S.-Bewerbung

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

<input type="text"/> M.O.B.I.L.I.S.-Standort	<input type="text"/> Starttermin (falls vorhanden)	<input type="text"/> Onlineformular
<input type="text"/> Name, Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Krankenkasse
<input type="text"/> Straße/Hausnummer	<input type="text"/> PLZ, Ort	
<input type="text"/> Telefonnummer privat	<input type="text"/> Telefonnummer beruflich	
<input type="text"/> Handynummer	<input type="text"/> E-Mail	

## 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.

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie?

  
Größe

cm

  
Gewicht

kg

Haben Sie einen Diabetes?

 nein Typ 1-Diabetes Typ 2-Diabetes ohne Insulinpflicht Typ 2-Diabetes mit Insulinpflicht

Nehmen Sie Psychopharmaka ein?

 nein ja

Name des Medikaments

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

 ja nein

Weitere Angaben bzw. Kommentare  
(bei Bedarf auch auf der Rückseite):

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 werde ich auf einer Warteliste geführt und rechtzeitig über den bevorstehenden Start einer neuen Gruppe bzw. einen 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 oder der DAK Gesundheit versichert bin, erhalte ich auf Wunsch Informationsmaterial für meine Krankenkasse zugesandt (bitte vermerken).

Bitte ausgefüllt senden per Telefax:

(0761) 50 39 117 oder (03212) 50 39 117

oder per E-Mail: [zentrale@mobilis-programm.de](mailto:zentrale@mobilis-programm.de)

oder per Post:

M.O.B.I.L.I.S.  
Zentrale Geschäftsstelle  
Guntramstraße 9  
79106 Freiburg

**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. Eine Weitergabe an Dritte wird ausgeschlossen.



Datum/Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers