Gemeinsam gesünder.

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Antrag SVS-Gesundheitswoche Mental Fit & G‘sund

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.
  - o Bei Absagen bis 14 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 20% des Leistungstagsatzes (€ 194,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - o Bei Absagen bis 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 40% des Leistungstagsatzes (€ 194,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - o Bei Absagen kürzer als 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 70% des Leistungstagsatzes (€ 194,25) für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - o Bei Abbruch 100% des Leistungstagsatzes (€ 185,00) 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

Gemeinsam gesünder.

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Gesundheitsfragebogen Gesundheitswoche Mental Fit und G‘sund

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-Kreislauferkrankung *(KHK, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, etc.)*
- ☐ Gefäßerkrankung *(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. Gelenksentzündungen *(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 (Ordination 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 andere Medikamente aufgrund körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen?

☐ nein ☐ ja, welche und wofür: _____

_____

9. Nehmen Sie Medikamente aufgrund einer psychischen Belastung bzw. Erkrankung (Psychopharmaka, Schlaftabletten Homöopathie…)?

☐ nein ☐ ja, welche und wofür: _____

_____

10. Körperangaben*:*

Gewicht: _____ kg, Größe: _____cm

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

☐ nein ☐ ja

12. Fühlen Sie sich in der Lage an interaktiven Gruppengesprächen zu psychosozialen Themen teilzunehmen? ☐ ja ☐ nein

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: _____

Angaben zur Programmteilnahme

Welche konkreten Veränderungen/Verbesserungen erwarten Sie sich von dem Programm?

(Wenn möglich nennen Sie bitte mindestens 3 konkrete Veränderungen, die Sie sich wünschen)

_____

_____

WICHTIG:

Bei der Gesundheitswoche handelt es sich um ein **Vorsorgeangebot!** Nicht geeignet ist das Angebot für Personen, die bereits an **Burnout oder einer psychischen Erkrankung** leiden oder sich in **psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung** befinden.

Zur Beurteilung, ob das Angebot für Sie passend ist, bitten wir Sie, abschließend die beiden kurzen Fragebögen (WHO-5-Wohlbefindensindex) und PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9-Gesundheitsfragebogen) auszufüllen.

WHO-5-Wohlbefindensindex

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.
Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen…	**Die ganze Zeit**	**Meistens**	**Etwas mehr als die Hälfte der Zeit**	**Etwas weniger als die Hälfte der Zeit**	**Ab und zu**	**Zu keinem Zeitpunkt**
… war ich froh und guter Laune	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*
… habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*
… habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*
… habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*
… war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9- Gesundheitsfragebogen)				
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.	*0*	*1*	*2*	*3*
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	*0*	*1*	*2*	*3*
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	*0*	*1*	*2*	*3*
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	*0*	*1*	*2*	*3*
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	*0*	*1*	*2*	*3*
Schlechte Meinung von sich selbst: Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	*0*	*1*	*2*	*3*
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	*0*	*1*	*2*	*3*
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang?	*0*	*1*	*2*	*3*
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	*0*	*1*	*2*	*3*
Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) © 2002 Pfizer GmbH				

Datum, Unterschrift