# PRÄVENTION & REHABILITATION CARE (PRCARE)

# ANTRAGSFORMULAR

**Persönliche Angaben Athlet/Athletin:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Sportart: |  |
| Verband: |  |
| Mail: |  |
| Telefonnummer: |  |
| LOC-Förderkader |  |

**Ausgangslage/Diagnose:**

|  |
| --- |
|  |

**Inhalt Programm:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Physiotherapie | Training | Ernährung | Mental |

**Diagnostische Tests:**

|  |
| --- |
|  |

**Antrag durch folgenden Sportarzt:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dr. Ecki Hermann | Dr. Christian Schlegel | Dr. Claudio Canova |

**Therapeut/Trainer:**

|  |
| --- |
|  |

**Bestätigung Athlet und/oder Erziehungsberechtigter**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine/die Teilnahme meines Kindes am PR CARE Programm mit dem vom LOC-Arzt vorgeschlagenen Therapeuten/Trainer. Ich/mein Kind bin mir/ist sich bewusst, dass das Programm durch das LOC gefördert wird. Ich/mein Kind werde/wird mit vollem Einsatz am Programm teilnehmen, um ein erfolgreiches Rehabilitations- bzw. Präventionsprogramm zu ermöglichen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Ort, Datum |

Unterschrift Erziehungsberechtigter Unterschrift Athlet/in

**Unterschrift und Stempel LOC- Arzt**

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

Unterschrift

**Bestätigung Therapeut**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Auftrag des LOC- Arztes zu den vereinbarten Konditionen annehme und Alles dafür tun werde, um eine optimale Rehabilitation bzw. Prävention für den Athleten/die Athletin, zu gewährleisten. Ich verpflichte mich, das zusätzliche Behandlungsprogramm bestmöglich mit dem zuständigen Verbandstrainer zu koordinieren und monatlich Bericht zu erstatten.

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

Unterschrift

**Bestätigung Trainer**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mit der Teilnahme meines Athleten/meiner Athletin am PR CARE Programm einverstanden zu sein und verpflichte mich dazu, das Programm bestmöglich mit dem normalen Trainingsbetrieb zu koordinieren.

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

Unterschrift

**Bestätigung zur Übernahme des Selbstbehaltes**

Ich bestätige, dass der Selbstbehalt in Höhe von CHF 600.- von/vom …

… den Erziehungsberechtigten

… Sportverband

übernommen wird.

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

Unterschrift

Bitte um Einreichung des komplett ausgefüllten Formulars an Mathias Briker, Leistungssportverantwortlicher LOC, [mathias.briker@olympic.li](mailto:mathias.briker@olympic.li)