

Information Sturzprävention

Prophylaxe-Training im Alter

Häufig erhöht sich die Bedeutung aufgrund körperlicher Unterforderung durch den Rückgang der alltäglichen Belastung.

Sie sind älter als 65 Jahre, sind bereits gestürzt oder haben Sorge zukünftig zu stürzen? Dann nehmen Sie am Kurs Sturzprophylaxe teil.

Was erwartet Sie?

Ein defizitorientiertes Training für Kraft, Gleichgewicht, Koordination, Kognition und Alltagskompetenzen.

Zudem erhalten Sie viele wertvolle Informationen über die Altersphysiologie, Wohnraumgestaltung und persönliche Verhaltenstipps.

Inhalte

- Krafttraining
- Gleichgewichtstraining
- Koordinationstraining
- Kognitives Training in Verbindung mit Bewegung
- Gangtraining
- Alltagskompetenzen

Gruppenziele

- Sturzrisiko minimieren
- Angstreduktion in Alltagssituationen
- Lebensqualität erhöhen/erhalten durch mehr Mobilität

Kurstag	Montag
Uhrzeit	15.00
Kursdauer	10 x 60 Minuten
Kursgebühr	120 Euro

Kursplätze werden nur bei vorliegender Anmeldung vergeben.

Freie Termine können Sie über die oben angegebenen Kontaktdaten anfragen.

Abteilung Physiotherapie

Telefon: 05224 694-262

Telefax: 05224 694-814 262

Mail: KG@krankenhaus-enger.de

Anmeldung Sturzprävention

Ich melde mich verbindlich zum unten angegebenen Kurs im Krankenhaus Enger an.

Name:
Vorname:
Adresse:
PLZ/Wohnort:
Telefon:
E-Mail Adresse:
Kurstag/Kurs-Zeit:

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger: Ev. Krankenhaus Enger gGmbH, Hagenstr. 47, 32130 Enger, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer.: DE7500200000222301

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
IBAN des Zahlungspflichtigen:
BIC des Zahlungspflichtigen:
Betrag:
Ort/Datum:
Unterschrift Kontoinhaber: