

## Anmeldeformular

### Kontaktdaten (bitte vollständig ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Kursdaten

**Kursname:** Rückenfit  
**Veranstaltungsort:** Physiotherapie Jarama, Oldesloer Straße 47, 22457 Hamburg  
**Start:** Ab 05.01.2026 jeweils montags von 17:00 Uhr – 18:00 Uhr  
**Dauer:** 8 Einheiten à 60min.  
**Zielgruppen:** 18-49 / 50-69 / ab 70 Jahren  
**Kursgebühr:** 160,00 € (*Förderung des Kurses durch die Krankenkassen nach §20 Abs1 SGB mgl., für die genauen Konditionen der Übernahme erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse*)  
**Kursleitung:** Katrin Gieseke (Physiotherapeutin)  
**Mitzubringen:** sportliche/ bequeme Kleidung, Sportschuhe, Gymnastikmatte

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der oben genannten Veranstaltung an. Die Teilnahmebedingungen habe ich akzeptiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/ In