

Antrag

auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

V

Angaben zum Träger

1. Name des Trägers: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

2. Ansprechpartner/in des Trägers (Name, Vorname, Tel., Email):

3. Institutionskennzeichen (IK): _____

4. Mitglied im Fachverband: _____

5. Unfallversicherungsschutz

5.1 Eine Unfallversicherung für Mitglieder
ist abgeschlossen: £ Ja £ Nein

5.2 Eine Unfallversicherung für
Nichtmitglieder ist abgeschlossen: £ Ja £ Nein

5.3 Wenn noch kein Unfallversicherungsschutz für
Nichtmitglieder besteht, wird er abgeschlossen,
sobald erstmals ein Nichtmitglied an den
Übungseinheiten teilnimmt: £ Ja £ Nein

6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports. Wir verpflichten uns während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen.

Wir sind damit einverstanden, dass die Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner/in) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und für statistische Auswertungen für die Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/Vereinsstempel: _____
(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

I. Angaben zur Rehabilitationssportgruppe

1. a) Name/Bezeichnung des Angebots (z.B. „Wirbelsäulengymnastik“):

b) Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Tel., Email):

2. Rehabilitationssportart:

Gymnastik

Schwimmen

Bewegungsspiele in Gruppen

Leichtathletik

Sonstige: _____

3. Zielgruppe:

Ordnen Sie Ihr Rehabilitationssportangebot einem Bereich (wie z.B. „Innere Organe“) zu. Sie können innerhalb dieses Bereichs eine oder mehrere Zielgruppen ankreuzen (wie z.B. „Diabetes“, „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“).

Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats

Wirbelsäulen-/Haltungsschäden

Gelenkschäden

Osteoporose

Amputation/Gliedmaßenschäden

Morbus Bechterew

Endoprothesen

Sonstige: _____

Krebserkrankungen

Brustkrebserkrankungen

Prostata-/Blasenkrebserkrankungen

Sonstige: _____

Sinnesbehinderungen

Sehbehinderungen/Blindheit

Hörschädigungen/Gehörlosigkeit

Sonstige: _____

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN

£ Erkrankungen der Inneren Organe

£ Herz-/Kreislaufkrankungen

£ Asthma/Allergien

£ Lungensport

£ Diabetes mellitus

£ periphere arterielle
Verschlusskrankungen

£ Nierenerkrankungen

£ Sonstige: _____

£ Erkrankungen des peripheren oder zentralen Nervensystems

£ Cerebrale Bewegungsstörungen

£ Multiple Sklerose

£ Parkinson

£ Spina bifida

£ Schlaganfall

£ Epilepsie

£ Poliomyelitis

£ Querschnittlähmung

£ Sonstige: _____

£ Geistige Behinderungen

£ Geistige Behinderungen

£ Mehrfachbehinderungen

£ Sonstige: _____

£ ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)

£ Psychische Behinderungen

£ Verhaltensstörungen

£ Psychische Erkrankungen

£ Sucht

£ Sonstige: _____

£ Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein

£ Weitere Zielgruppen: _____

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN

4. Anschrift des Übungsorts (Straße, PLZ, Ort):

5. Zeit (Wochentag, Uhrzeit von bis):

1. Wochentag: _____ Uhrzeit von bis _____

2. Wochentag: _____ Uhrzeit von bis _____

3. Wochentag: _____ Uhrzeit von bis _____

6. Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten/durchgeführt?

£ Ja

£ Nein

7. Teilnehmerkreis:

Die Gruppe richtet sich an:

£ nur Männer/Jungen

£ nur Frauen/Mädchen

£ Gemischte Gruppe

An der Gruppe nehmen teil:

£ bis 15 Erwachsene

£ mehr als 15 Erwachsene*

Nur für Herzsportgruppen:

£ bis 20 Erwachsene

£ mehr als 20 Erwachsene £ Kinderherzsport

*Hinweis: Die Rahmenvereinbarung lässt eine Überschreitung der Teilnehmerzahl nur in begründeten Ausnahmefällen zu. Wenn Sie für das Angebot die Ausnahmeregelung geltend machen wollen, füllen Sie bitte die Anlage „Begründung der Überschreitung der Teilnehmerzahl“ aus und fügen es dem Antrag bei.

£ bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene

£ bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres

£ bis 5 schwerstbehinderte Kinder

II. Angaben zu den personellen Voraussetzungen

1. Übungsleiter/in: _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**2. Betreuende/r
überwachende/r Ärztin/Arzt:** _____
(Name, Vorname)

III. Angaben zu den sonstigen Rahmenbedingungen

1. Räumliche und sachliche Voraussetzungen

Die Räumlichkeiten, Materialien und Geräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen. Das bedeutet insbesondere:

Der Zugang zur Sportstätte und zu den sanitären Einrichtungen ist für die Zielgruppe des Angebots hinreichend gegeben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung
Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung
Eine einsatzfähige und vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung

2. Nachhaltigkeit

Nach Ablauf der ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können.

Ja Nein in Vorbereitung

3. Nur für Herzsportgruppen

Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

4. Aspekte der Durchführung und Auswertung

4.1 Dem Angebot liegt eine Planung zugrunde:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.2 Die Übungseinheiten enthalten Informations- und Beratungselemente:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.3 Die Übungseinheiten werden dokumentiert:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

ÜL

I. Übungsleiter/in

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann unter anderem nur ausgesprochen werden, wenn der/die eingesetzte Übungsleiter/in über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Übungsleiterlizenz nach den Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V. verfügen. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (In diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Email, Telefonnummer:

Lizenznummer: _____

II. Erklärung der/s Übungsleiterin/s

Ich verpflichte mich als Übungsleiter/in, die Qualifikationsanforderungen an den Rehabilitationssport einzuhalten und auf Anforderung einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken.

Ort, Datum: _____

Unterschrift (ÜL): _____

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

M

I. Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname der/s Ärztin/Arztes: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Fachrichtung: _____

II: Erklärung der/s betreuenden/überwachenden Ärztin/Arztes für Herzsportgruppen

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o. g. Vereins/der Abteilung im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d.F. vom 01.01.2007 zu betreuen und zu überwachen.

Zu dieser Aufgabe gehören:

- die ständige, persönliche Anwesenheit sicherzustellen,
- die ärztliche Betreuung und Überwachung sicherzustellen,
- durch Erst- und Kontrolluntersuchungen die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der Person abgestimmten Übungen festzulegen,
- die jeweilige Belastbarkeit der Person festzustellen und zu berücksichtigen,
- dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
- die Person zu beraten,
- die Untersuchungsbefunde und Belastungsvorgaben sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. schriftlich zu dokumentieren,

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift der/s Ärztin/Arztes: _____

III. Erklärung der/s betreuenden Ärztin/Arztes für alle anderen Rehabilitationssportgruppen

Hiermit bestätige ich, dass ich den o. g. Verein/die Abteilung im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d.F. vom 01.01.2007 ärztlich betreue und bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berate.

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift der/s Ärztin/Arztes: _____