

# ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: \_\_\_\_\_
2. Vereinskennziffer: \_\_\_\_\_
3. Geplanter Beginn: \_\_\_\_\_
4. Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_ Abrechnungsstelle IK: \_\_\_\_\_  
Name Abrechnungsstelle: \_\_\_\_\_
5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): \_\_\_\_\_

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: \_\_\_\_\_
7. Übungsleiter\*in (Name, Vorname, Geb.-datum): \_\_\_\_\_

1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):
2. Übungsleiter\*in nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): \_\_\_\_\_
9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_
10. Größe des Übungsraums (in qm): \_\_\_\_\_
11. Wochentag/Zeit: 1.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 3.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

12. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Ausdauer- und Kraftausdauerübungen  
Bewegungsspiele Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: \_\_\_\_\_

**13. Teilnehmer\*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu (identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503)  | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507)  |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503)   | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511)  | <input type="checkbox"/> Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513)      |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509)   | <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509)         |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512)   | <input type="checkbox"/> Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510)   |
| <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> gemischt             |  |
| <input type="checkbox"/> Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular) |  |

14. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**15. Indikationsbereiche**

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
<input type="checkbox"/> Amputationen/Gliedmaßenschäden
<input type="checkbox"/> Endoprothesen
<input type="checkbox"/> Gelenkschäden
<input type="checkbox"/> Glasknochen
<input type="checkbox"/> Marfansyndrom
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
<input type="checkbox"/> Post-/Long-COVID
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input type="checkbox"/> Post-/Long-COVID
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Neurologie
<input type="checkbox"/> Cerebrale Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Epilepsie (therapieresistent)
<input type="checkbox"/> Infantile Cerebralparese
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Spina bifida
<input type="checkbox"/> Post-/Long-COVID
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Sensorik
<input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
<input type="checkbox"/> Sehbehinderungen/Blindheit
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Psychosomat. Störungen
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/> Neurosen	<input type="checkbox"/> Post-/Long-COVID
<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Sonstige

Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Brustkrebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Prostata-/Blasenkrebskrankungen
<input type="checkbox"/> Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen	
<input type="checkbox"/> ADS	<input type="checkbox"/> Teilleistungsstörung
<input type="checkbox"/> Entwicklungsabweichun	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	

Sonstige
<input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/> Selbstbehauptung/Selbstbewusstsei
<input type="checkbox"/> Sonstige

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

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): \_\_\_\_\_