

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

AN

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, Email, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____

7. Übungsleitung (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen): ☐

2. Übungsleitung 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 ☐ Leichtathletik ☐ Bewegungsspiele in Gruppen☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ☐ Sonstige: _____

13. Nur für Herzsport: Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung:

☐ Ja ☐ Nein

Ärztliche Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen:

☐ Ja ☐ Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu

(identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

☐ Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) ☐ Bis 20 Erwachsene Herzgruppe (604504)☐ Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) ☐ Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504)☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) ☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Herzgruppe (604508)☐ Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) ☐ Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507)☐ Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) ☐ Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507)☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512) ☐ Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513)☐ Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) ☐ divers ☐ männlich ☐ weiblich ☐ gemischt☐ Bis ____ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular)

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

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

Erkrankungen Orthopädie
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Gelenkschäden
Glasknochen
Marfansyndrom
Morbus Bechterew
Osteoporose
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sehbehinderungen/Blindheit
Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata-/Blasenkrebskrankungen
Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
Asthma/Allergien
Atemwegserkrankungen
Diabetes mellitus
Herz-/Kreislauferkrankungen
Mukoviszidose
Nierenerkrankungen
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Sonstige

	Erkrankungen Psychiatrie	
	Anfallsleiden	Psychosomatische Störungen
	Autismus	
	Depressionen	Schizophrenie
	Neurosen	Suchterkrankungen
	Persönlichkeitsstörung	Sonstige

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Demenz
Epilepsie (therapieresistent)
Infantile Cerebralparese
Multiple Sklerose
Muskeldystrophie
Organische Hirnschädigung
Parkinson
Poliomyelitis
Polyneuropathie
Querschnittlähmung
Schlaganfall
Spina bifida
Sonstige

	Intellektuelle Beeinträchtigungen	
	ADS	Teilleistungsstörung
	Entwicklungsabweichung	Sonstige
	Lernbehinderung	

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
Sonstige

Ort, Datum: _____ Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____