

# 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, 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
<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"/> Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<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"/> 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"/> Psychosomatische Störungen
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/> Neurosen	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	

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

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

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

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