

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): _____

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 Sonstige: _____

13. Herzsport

13.1 Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung Ja Nein

13.2 Ein Notfallplan liegt vor Ja Nein

13.3 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt durch die ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein

13.4 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt ohne ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein

Notfallabsicherung durch (bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)

Rettungskraft in ständiger Anwesenheit

Herzgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft

Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 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 20 Erwachsene Herzgruppe (604504)

Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504)

Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ) Herzgruppe (604508)

divers männlich weiblich gemischt

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

16. Indikationsbereich

Herzerkrankungen

Ort, Datum: _____

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