



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

AT

Name des Trägers: _____

Internet-/Website: _____

Abteilung: _____ Fachverband: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Institutionskennzeichen(İK): _____ Vereinskennziffer/Mitglieds-Nr.: _____

Anerkennung ab _____ gewünscht.

Ansprechpartner des Trägervereins: Name _____ Vorname _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Unfallversicherung / Beratungsprotokoll:

- Eine Gruppen-Unfallversicherung ist abgeschlossen für Mitglieder und Nichtmitglieder bei der ARAG- Sportversicherung, - Versicherungsschein-Nr.: _____

- Eine Gruppen-Unfallversicherung besteht bei folgender Versicherung:

Name: _____ Versicherungsschein-Nr.: _____

- Das standardisierte Beratungsprotokoll wird bei jeder Neuaufnahme von Patienten verwendet

Erklärung des Antragstellers

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der gültigen Fassung. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt.

Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der Geschäftsstelle des LVS/PR mitzuteilen.

Wir garantieren, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit garantieren wir die weitere fachkundige Betreuung und Teilnahme am Herzsport oder einer Nachfolgegruppe auch ohne gültige Verordnung.

Ärzte und Übungsleiter sind verpflichtet die Unterlagen zur einheitlichen Dokumentation zu führen und an den Maßnahmen der Qualitätssicherung aktiv teilzunehmen.

Rechtsverbindlich für den Träger _____
Name Funktion

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel



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

DE

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Name des Trägers: _____

Der Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. darf alle für die Entscheidung über die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport von mir erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, speichern und nutzen.

Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Emailadresse, Informationen über meine Übungsleiterlizenz sowie Informationen zu meiner Qualifikation.

Die Daten werden verwendet um zu ermitteln, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport erfüllt sind. Die personenbezogenen Daten werden auch für Zwecke der Statistik erhoben. Die Weitergabe an den Bundesverband und die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen e.V., die Primärkrankenkassen und andere Kostenträger erfolgt zum Zweck der Prüfung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport sowie zur Mitgliederbetreuung, sowie zu Abrechnungszwecken.

Des Weiteren willige ich in die Veröffentlichung der Daten zur Rehabilitationssportgruppe im Internet und in sonstigen Medien ein.

Alle patientenbezogenen Daten sind streng vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff Dritter zu schützen. Die Unterlagen dienen der internen Kommunikation zwischen Patient, Arzt, Übungsleiter und Kostenträger.

Widerrufsmöglichkeit

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Soweit die Daten jedoch zur Durchführung und Abrechnung als Leistungserbringen von Rehabilitationssport notwendig sind, kann dies zur Aberkennung des Trägers/der Gruppe führen.

Wir versichern, dass diese Erklärung allen Übungsleitern und Ärzten in schriftlicher Form vorliegt.

Rechtsverbindlich für den Träger der Herzgruppe

_____, _____, _____, _____
Ort Datum Name / Funktion Unterschrift

Für den Ansprechpartner des Trägervereins

_____, _____, _____, _____
Ort Datum Name Unterschrift