



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

M

Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes

Name des Trägers: _____

Die ärztliche Betreuung des Rehabilitationssportangebots wird wahrgenommen von

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Fon.: _____ E-Mail: _____

Angestellter Arzt Niedergelassener Arzt Pensionär

Hiermit bestätige ich, dass ich den o. g. Träger/Gruppe im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining ärztlich betreue und berate.

Datum / Ort: _____, _____ Unterschrift/Stempel _____

Für Herzsportgruppen (Diese Tätigkeit bitte bei der Berufshaftpflichtversicherung anzeigen!)

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o. g. Trägers im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining zu betreuen und zu überwachen. Dazu gehören folgende Aufgaben:

- ständige, persönliche Anwesenheit während der Übungsveranstaltung
- Festlegung der Eignung für den Rehabilitationssport und Zuordnung in die richtige Gruppe auf der Grundlage der aktuellen Belastungsdaten und Diagnosen
- Konsultation und Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt hinsichtlich der Belastungsdaten bei neuen Auffälligkeiten und erforderlichen Kontrolluntersuchungen
- Tagesanamnese zu Beginn der Übungsstunde
- Überwachung der Inhalte und der Belastungsgestaltung der Übungsstunde, Beratung der Übungsleiter und Einflussnahme auf die Gruppengröße (max.20)
- Kontrolle und Sicherung der Einsatzbereitschaft der Notfallausrüstung
- Dokumentationspflicht nach § 11 der Berufsordnung für deutsche Ärzte
 - *Verordnungsunterlagen (56) und Befundbogen*
 - *Notfallkoffer-Protokoll und Kontrolle (Herzgruppeninformation)*
 - *Zwischenfallprotokoll*
 - *Abzeichnung des Stundenprotokolls*
 - *Ärztliche Aufklärungspflicht (Eingriffs-, Risiko-oder Selbstbestimmungsaufklärung, „informed consent“, - sollte der verordnende Arzt übernehmen*
- Mitwirkung bei Informationen, Seminaren, Vorträgen hinsichtlich des Lebensstils
- Prüfung, Beratung und Abstimmung mit dem Patienten und dem verordnenden Arzt hinsichtlich einer möglichen Folgeverordnung, einem erneuten Leistungsanspruch oder der Delegation in eine Nachfolgegruppe.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich auch die Datenschutzerklärung.

Datum, Ort: _____, _____ Unterschrift/Stempel: _____



Einwilligungserklärung zum Datenschutz

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.