



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

AG

Angaben zu den anzuerkennenden Gruppen ( je Gruppe ein Blatt ausfüllen)

Name des Trägers: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK) \_\_\_\_\_ Vereinskennziffer/Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Wir beantragen ab \_\_\_\_\_ die Anerkennung und Zertifizierung folgender Gruppe:

- |                      |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzgruppe- Übungsgruppe | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus    | <input type="checkbox"/> | Trainingsgruppe          | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | Gemischte Gruppe         | <input type="checkbox"/> |
| pAVK                 | <input type="checkbox"/> | Insuffizienzgruppe       | <input type="checkbox"/> |
| Nachfolgegruppe      | <input type="checkbox"/> | Nachfolgegruppe          | <input type="checkbox"/> |

Beratender Arzt ( Name ) \_\_\_\_\_  
Vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung und Telefon  
ist vorhanden ja

Anwesender Arzt (Name) \_\_\_\_\_  
Funktionsfähige Notfallausrüstung n.Vorgabe  
LVS/PR ja  letzte Kontrolle am \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für diese Gruppe ( Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Email):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Tätigkeitsverhältnis

Übungsleiter ( Name, Vorname)	angestellt	selbständig	nebenberuflich	Arbeits-/Honorarvertrag
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übungsort:	Übungstag:	Übungszeit:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Angaben zu den Rahmenbedingungen:

- Größe der Halle/Wasserfläche \_\_\_\_\_ qm Freifläche \_\_\_\_\_ qm Wassertemperatur \_\_\_\_\_ °C  
 Die Räumlichkeiten, Materialien und Geräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen. ja  nein  .....  
 Getrennte sanitäre Anlagen sind vorhanden. ja  nein  .....  
 Der Zugang zur Sportstätte und zu den sanitären Einrichtungen ist für die Zielgruppe des Angebots hinreichend gegeben. ja  nein  .....  
 Dem Angebot liegt eine schriftliche Planung zugrunde. ja  nein  .....  
 Die Inhalte sind ganzheitlich (ICF) ausgerichtet. ja  nein  .....  
 Aktuelle Notfallnummern, Leitfaden zum Verhalten bei Notfällen liegen vor und ein Notfalltraining wird durchgeführt ja  nein  .....

Folgende Dokumente kommen zur Anwendung:

- Gesamtliste der Teilnehmer  Beratungsprotokoll  Teilnahmebestätigung  Stundenprotokoll   
 Untersuchungsbogen  Dokumentation Teilnehmer  HG Information  Notfallkofferprotokoll   
 Zwischenfallprotokoll

Ort, Datum, Stempel

Träger

Übungsleiter