



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 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) _____

Anwesender Arzt (Name) _____

Vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung und Telefon ist vorhanden ja

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"/>	<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