



## Meldebogen für Reha-Gruppen

Termin: 20.01. ....

### 1. Name des Trägervereins:

Anschrift: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Abrechnungsstelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_ Geschäftszeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Name der Kontaktperson für die Landesorganisation:

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 3. Standort der Gruppe:

Name des Ansprechpartners am Standort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

4. **Gemeinnützigkeit:** Freistellungsbescheid vom \_\_\_\_\_ für den Veranlagungszeitraum \_\_\_\_\_ beim Finanzamt

### 5. Notwendige Bestätigungen für die Anerkennung:

Eine Unfallversicherung ( auch für Nichtmitglieder) besteht bei folgender  
Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

VS-Nr.: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Notfallausrüstung den Bestimmungen des LVS/PR entspricht. Ein Arzt ist beim Übungsbetrieb in Herzgruppen stets anwesend und er ist verantwortlich für die Pflege und Dokumentation der Notfallausrüstung. Weiterhin bestätigen wir die Durchführung eines Eingangsgesprächs mit den Patienten, die Verwendung des Beratungsprotokolls, die Anwendung der Dokumentationsbögen der DGPR und die Einhaltung der Bestimmungen zum Schutze der Sozialdaten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des Trägers: \_\_\_\_\_