

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

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

1. Vereinsname: _____ 2. Vereinskennziffer: _____ 3. Anerkennung ab: _____
4. Name /Bezeichnung des Angebotes (z.B. Wirbelsäulengymnastik): _____
5. Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Vorname, Telefon, Email): _____
6. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Telefon, Email): _____
7. Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname, Telefon, Email): _____
8. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____
9. Trainingsfläche/Wasserfläche der Übungsstätte (in qm): _____ bei Angeboten im Wasser: _____ C Wassertemperatur
10. Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr

11. Teilnehmerkreis:

<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	Kinder	<input type="checkbox"/>	Jugendliche	<input type="checkbox"/>	Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Bis 15 Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Bis 20 Erwachsene bei Herzsport	<input type="checkbox"/>	Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Mehr als 15 Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Mehr als 20 Erwachsene bei Herzsport	<input type="checkbox"/>	Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	<input type="checkbox"/>	Bis 10 Kinder in Kinderherzsportgruppe	<input type="checkbox"/>	

12. Rehabilitationssportart:

<input type="checkbox"/>	Gymnastik	<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Leichtathletik	<input type="checkbox"/>	Bewegungsspiele in Gruppen	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
--------------------------	------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	------------------

13. Zielgruppe (Ordnen Sie Ihr Angebot bitte einer Zielgruppe, wie z.B. Innere Organe, zu. Sie können innerhalb dieser Zielgruppe eine oder mehrere Bereiche ankreuzen):

Erkrankungen Orthopädie	Erkrankungen Neurologie	Erkrankungen Sensorik	Erkrankungen Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Haltungsschäden	<input type="checkbox"/> Cerebrale Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Sehbehinderungen/Blindheit	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input type="checkbox"/> Gelenkschäden	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis		<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/> Amputationen/Gliedmaßenschäden	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Endoprothesen	<input type="checkbox"/> Spina bifida		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Epilepsie		<input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung		
	<input type="checkbox"/> Sonstige		

Erkrankungen Psychiatrie	Krebserkrankungen	Geistige Behinderungen	Andere Behinderungen
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/> Brustkrebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen	<input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Prostata-/Blasenkrebskrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
<input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
<input type="checkbox"/> Sonstige			<input type="checkbox"/> Sonstige

14. Nur für Herzsportgruppen:

Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Kontrolle der Notfallausrüstung:	
--	-----------------------------	-------------------------------	--	--