

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

M

Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

2. Betreuer Verein: \_\_\_\_\_ ggfls. betreute Gruppe(n): \_\_\_\_\_

### 3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Nr.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Oktober 2003 i.d.F. 01.01.2007 zu betreuen und zu überwachen. Hierzu gehören:

#### a. Bei Erstkontakt mit der Rehabilitationssportgruppe:

- Die Zuordnung zur Gruppe auf Grund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen des behandelnden Arztes zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

#### b. Allgemein:

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen auch im weiteren Verlauf bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/verordnende Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/ Behandlung von Bedeutung ist.

#### c. Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurden, festzulegen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt : \_\_\_\_\_

**Hinweis: Diese Tätigkeit ist bei der Berufshaftpflichtversicherung anzuzeigen!**