



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

ÜL

Angaben zu den Übungsleiterinnen/Übungsleitern

Name des Trägers: _____

Erklärung:

Als lizenzierter Übungsleiter kenne ich die Inhalte der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der gültigen Fassung. Die inhaltliche Gestaltung der Übungsstunden orientiert sich an der ganzheitlichen Zielstellung der DGPR und den Grundprinzipien der ICF.

Die Pflicht zur Regelmäßigen Fortbildung, zur Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Führung der einheitlichen Dokumentation wird durch mich realisiert.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Datenschutzerklärung.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____, _____, E-Mail: _____

Beruf: _____, Tätigkeit: _____

Lizenz Innere Medizin Lizenz Sport in Herzgruppen
mit Zusatzmodulen pAVK Diabetes Atemwegserkrankungen Nierenerkrankungen

Lizenz-Nr.: _____ gültig bis: _____

ausgestellt von: LSB SBV LVS/PR andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____, _____, E-Mail: _____

Beruf: _____, Tätigkeit: _____

Lizenz Innere Medizin Lizenz Sport in Herzgruppen
mit Zusatzmodulen pAVK Diabetes Atemwegserkrankungen Nierenerkrankungen

Lizenz-Nr.: _____ gültig bis: _____

ausgestellt von: LSB SBV LVS/PR andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____, _____, E-Mail: _____

Beruf: _____, Tätigkeit: _____

Lizenz Innere Medizin Lizenz Sport in Herzgruppen
mit Zusatzmodulen pAVK Diabetes Atemwegserkrankungen Nierenerkrankungen

Lizenz-Nr.: _____ gültig bis: _____

ausgestellt von: LSB SBV LVS/PR andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____, _____, E-Mail: _____

Beruf: _____, Tätigkeit: _____

Lizenz Innere Medizin Lizenz Sport in Herzgruppen
mit Zusatzmodulen pAVK Diabetes Atemwegserkrankungen Nierenerkrankungen

Lizenz-Nr.: _____ gültig bis: _____

ausgestellt von: LSB SBV LVS/PR andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____, _____, E-Mail: _____

Beruf: _____, Tätigkeit: _____

Lizenz Innere Medizin Lizenz Sport in Herzgruppen
mit Zusatzmodulen pAVK Diabetes Atemwegserkrankungen Nierenerkrankungen

Lizenz-Nr.: _____ gültig bis: _____

ausgestellt von: LSB SBV LVS/PR andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____



Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Der Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. darf alle für die Entscheidung über die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport von mir erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, speichern und nutzen.

Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Emailadresse, Informationen über meine Übungsleiterlizenz sowie Informationen zu meiner Qualifikation.

Die Daten werden verwendet um zu ermitteln, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport erfüllt sind. Die personenbezogenen Daten werden auch für Zwecke der Statistik erhoben. Die Weitergabe an den Bundesverband und die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen e.V., die Primärkrankenkassen und andere Kostenträger erfolgt zum Zweck der Prüfung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport sowie zur Mitgliederbetreuung, sowie zu Abrechnungszwecken.

Des Weiteren willige ich in die Veröffentlichung der Daten zur Rehabilitationssportgruppe im Internet und in sonstigen Medien ein.

Alle patientenbezogenen Daten sind streng vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff Dritter zu schützen. Die Unterlagen dienen der internen Kommunikation zwischen Patient, Arzt, Übungsleiter und Kostenträger.

Widerrufsmöglichkeit

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Soweit die Daten jedoch zur Durchführung und Abrechnung als Leistungserbringen von Rehabilitationssport notwendig sind, kann dies zur Aberkennung des Trägers/der Gruppe führen.

Wir versichern, dass diese Erklärung allen Übungsleitern und Ärzten in schriftlicher Form vorliegt.