



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 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) _____
Vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung und Telefon
ist vorhanden ja

Anwesender Arzt (Name) _____
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:

1. _____
2. _____
3. _____

Übungstag:

- _____
- _____
- _____

Übungszeit:

- _____
- _____
- _____

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