



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

AG

Angaben zu den anzuerkennenden Gruppen (je Gruppe ein Formular ausfüllen)

Name des Vereins/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"/>
Onkologie	<input type="checkbox"/>	Nachfolgegruppe	<input type="checkbox"/>

Vereinsarzt (Name, Vorname, Anschrift, Telefon, E-Mail): _____

Ggf. Herzgruppenarzt (Name, Vorname, Anschrift, Telefon, E-Mail): _____

Vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung
ist vorhanden ja

Funktionsfähige Notfallausrüstung nach Vorgabe
LVS/PR ja letzte Kontrolle am _____

Ansprechpartner für diese Gruppe (Name, Vorname, Anschrift, Telefon, E-Mail):

Übungsort:

Übungstag:

Übungszeit:

1. _____

2. _____

Angaben zu den Rahmenbedingungen:

Größe der Halle/Wasserfläche _____ qm Freifläche _____ qm Wassertemperatur _____ °C

Die Räumlichkeiten, Materialien und Kleingeräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport der entsprechenden Indikation zweckmäßig und angemessen. ja nein

Getrennte sanitäre Anlagen sind kostenfrei vorhanden. ja nein

Zugang zur Sportstätte/zu den sanitären Einrichtungen hinreichend gegeben. ja nein

Dem Angebot liegt eine schriftliche Planung/Konzeption zugrunde. ja nein

Die Inhalte sind ganzheitlich (ICF) ausgerichtet. ja nein

Aktuelle Notfallnummern sowie Notfalleitfaden liegen vor. ja nein

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

Verein/Träger