



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

AT

Name Träger/Verein: _____

Webseite: _____

Abteilung: _____ Fachverband: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (IK): _____ Mitglieds-Nr. LVS/PR: _____

Anerkennung ab _____ gewünscht.

Ansprechpartner (AP) Träger/Verein, Name: _____ Vorname: _____

Anschrift AP: _____

Telefon AP: _____ E-Mail AP: _____

Unfallversicherung / Beratungsprotokoll:

Eine Gruppen-Unfallversicherung ist abgeschlossen für Mitglieder und Nichtmitglieder bei der ARAG-Sportversicherung, - Versicherungsschein-Nr.: _____

Eine Gruppen-Unfallversicherung besteht bei folgender Versicherung:

Name: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Das standardisierte Beratungsprotokoll wird bei jeder Neuaufnahme von Teilnehmenden verwendet

Ja Nein

Erklärung des Antragstellers

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der BAR-Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der gültigen Fassung.

Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führen kann. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der Geschäftsstelle des LVS/PR mitzuteilen.

Wir garantieren, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht zwingend an eine Mitgliedschaft im Verein gebunden ist und keine Zuzahlungen oder Vorauszahlungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit garantieren wir die weitere fachkundige Betreuung und Teilnahme am Herzsport oder einer Nachfolgegruppe auch ohne gültige Verordnung.

Ärzte und Übungsleitende sind verpflichtet die Unterlagen zur einheitlichen Dokumentation zu führen und an den Maßnahmen der Qualitätssicherung aktiv teilzunehmen.

Rechtsverbindlich für den Träger/Verein: _____
Name, Vorname Funktion

Ort, Datum: _____ Unterschrift, Stempel: _____