



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

M

Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes

Name Träger/Verein: _____

Die ärztliche Betreuung des Rehabilitationssportangebots wird wahrgenommen von

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angestellte/r Ärztin/Arzt Niedergelassene/r Ärztin/Arzt Pensionär/in

Hiermit bestätige ich, dass ich den o. g. Träger/Verein im Sinne des § 12 der BAR-Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining ärztlich betreue und berate. Hierzu gehören:

a. Allgemein (gilt für alle Gruppen):

- Die Teilnehmenden und die Übungsleitenden bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/n bzw. verordnende/n Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.

b. Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die Anwesenheit beim Übungsbetrieb entsprechend den Richtlinien sicherzustellen.
- Festlegung der Eignung für den Herzsport und Zuordnung in die Gruppe auf der Grundlage der aktuellen Belastungsdaten und Diagnosen.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

c. Empfehlung:

- Hinweise zu wünschenswerten Aktivitäten des Arztes bei der Betreuung von Herzgruppen aus der Sicht der Qualitätssicherung finden sie unter www.lvs-pr.de.

Datenschutz:

Durch Ihre Unterschrift wird die Einwilligungserklärung zum Datenschutz Bestandteil des Antrages.

Datum / Ort: _____, _____

Unterschrift/Stempel (Ärztin/Arzt) _____