

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____
2. Vereinskennziffer: _____
3. Geplanter Beginn: _____
4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____
Name Abrechnungsstelle: _____
5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____
7. Übungsleiter*in (Name, Vorname, Geb.-datum): _____
8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____
9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____
10. Größe des Übungsraums (in qm): _____
11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____
12. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
 Bewegungsspiele Sonstige: _____

13. Herzsport

- 13.1 Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung Ja Nein
- 13.2 Ein Notfallplan liegt vor Ja Nein
- 13.3 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt durch die ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein
- 13.4 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt ohne ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein

Notfallabsicherung durch (bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)

- Rettungskraft in ständiger Anwesenheit
- Herzgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft
- Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

- 13.5 Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen Ja Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu (identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

- Bis 20 Erwachsene Herzgruppe (604504)
- Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504)
- Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ) Herzgruppe (604508)
- divers männlich weiblich gemischt

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

16. Indikationsbereich

Herzerkrankungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____