

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



## 1. Allgemeine Angaben

1.1. Verein/Träger:

1.2. Anschrift des Trägers:

1.3. Kommunikation:

1.4. Institutionskennzeichen:

## 2. Unfallschutz

2.1. Eine Unfallversicherung für Mitglieder ist abgeschlossen:  Ja  Nein

2.2. Eine Unfallversicherung für Nichtmitglieder ist abgeschlossen:  Ja  Nein

2.3. Wenn noch kein Unfallversicherungsschutz für Nichtmitglieder besteht, wird er abgeschlossen, sobald erstmals

2.4. ein Nichtmitglied an den Übungsveranstaltungen teilnimmt:  Ja  Nein

## 3. Angaben zum Angebot

3.1. Name / Bezeichnung des Angebots:

3.2. Ansprechpartner:

(Name, Vorname, Rufnummer)

3.3. Anerkennung der Gruppe beantragt am/ab:

3.4. Art des Angebots:  Trockengymnastik  Wassergymnastik

Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

3.5. Name der Sportstätte:

Straße:

PLZ:

3.6. An der Gruppe nehmen teil (Teilnehmerkreis)

	<b>Geschlecht</b>		<b>Anzahl</b>
	divers		bis 15 Erwachsene
	männlich		bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene
	weiblich		bis 5 schwerstbehinderte Kinder
	gemischt		bis 10 Kinder (Vollendung des 14. Lebensjahres)

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



3.7. Indikationsbereich / Zielgruppe (bitte Hauptziel ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<b>Orthopädie</b>
<input type="checkbox"/>	Fibromyalgie
<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Rheuma

## 4. Angaben zur personellen Voraussetzung

4.1. Übungsleiter:

---

4.2. Anschrift:

---

(Straße, PLZ)

4.3. Berufsabschluss:

---

(Bitte Kopie des Nachweises beifügen)

4.4. Qualifikation / Zusatzausbildung:

---

(Bitte Kopie des Nachweises beifügen)

## 5. Ärztliche Betreuung / Beratung der Funktionstrainingsgruppen

Angaben zum Betreuenden / beratenden Arzt der Übungsgruppe (falls vorhanden)

Name:

---

Anschrift:

---

Telefon:

---

## 6. Angaben zur Notfallversorgung

6.1. Nächster erreichbarer Arzt:

---

6.2. Nächstes Krankenhaus:

---

## 7. Dokumentation

7.1. Es wird eine Teilnehmerliste geführt

Ja

Nein

7.2. Wo kann diese eingesehen werden?

7.3. Übungseinheiten werden dokumentiert/  
Besonderheiten werden vermerkt?

Ja

Nein

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



## 8. Nachhaltigkeit

Nach Ablauf der Ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können.

Ja       Nein       in Vorbereitung

## 9. Angaben zur räumlichen Voraussetzung / Ausstattung der Übungsstätten

9.1. Größe der Übungsstätte in m<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

9.2. Warmwassertraining Größe des Beckens: \_\_\_\_\_

9.3. Wassertemperatur in C°: \_\_\_\_\_

9.4. Sanitäre Anlagen sind vorhanden?  Ja       Nein

9.5. Eine vollständige und einsatzfähige Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden?  Ja       Nein

9.6. Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung?  Ja       Nein

9.7. Barrierefreiheit?      Ja       Nein

### Erklärung (muss unterschrieben werden):

Wir erklären,

- dass wir nur separate Funktionstrainingsgruppen einrichten werden. Hier können nur Teilnehmer mit einer Verordnung für Funktionstraining oder Vereinsmitglieder teilnehmen.
- dass Nichtmitglieder in diese Gruppe aufgenommen werden, sofern Sie eine Verordnung für Funktionstraining vorweisen
- dass wir bei Beratungsgesprächen das Beratungsprotokoll BF verwenden

Datum, Ort

Unterschrift