

ANTRAG AUF ANERKENNUNG DER LEISTUNG SERBRINGENDER REHABILITATIONSSPOTNACH § 64 SGB X

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationsspotangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____
2. Vereinskennzeichen: _____
3. Geplanter Beginn: _____
4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungstelle IK: _____
Name Abrechnungstelle: _____
5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, EMail, Geb-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____
7. Übungsleiter*in (Name, Vorname, Gebdatum): _____
 1. Zusatzkürzel bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):
 2. Übungsleiter*in nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____
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 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) | <input type="checkbox"/> Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) | <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. U) im Wasser (604512) | <input type="checkbox"/> Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) |
- divers männlich weiblich gemischt
- Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmender bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über Formular))

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

15. Indikationsbereiche

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Gelenkschäden
Glasknochen
Marfansyndrom
Morbus Bechterew
Osteoporose
Wirbelsäulen/Haltungsschäden
Post/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Innermedizin
Asthma/Allergien
Atemwegserkrankungen
Diabetes mellitus
Kreislaufkrankungen
Mukoviszidose
Nierenerkrankungen
Periphere arterielle/erschlusskrankheiten
Post/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Demenz
Epilepsie (therapieresistent)
Infantile Cerebralparese
Multiple Sklerose
Muskeldystrophie
Organische Hirnschädigung
Parkinson
Poliomyelitis
Polyneuropathie
Querschnittlähmung
Schlaganfall
Post/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sehbehinderungen/Blindheit
Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie	
Anfallsleiden	PsychosomaStörungen
Autismus	Schizophrenie
Depressionen	Suchterkrankungen
Neurosen	Post/Long-COVID
Persönlichkeitsstörung	Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata/Blasenkrebskrankungen
Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen	
ADS	Teilleistungsstörung
Entwicklungsabweichun	Sonstige
Lernbehinderung	

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstse
Sonstige

Ort, Datum: _____

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