

## ERKLÄRUNG zur ANERKENNUNG als LEISTUNGSERBRINGER von Rehabilitationssport nach §64 SGB IX

1. Name des Vereins/örtlichen Trägers:

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

2. Name vertretungsberechtigte Person nach § 26 BGB:

3. Ansprechperson des Vereins/örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, E-Mail):

A. Wir bestätigen, dass uns die Rahmenvereinbarung (RV) über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung bekannt ist und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	<input type="radio"/>
B. Wir bestätigen, dass die Vereinbarungen zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports (VD) auf Bundes- und Landesebene mit den Rehabilitationsträgern bekannt sind und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	<input type="radio"/>
C. Wir bestätigen, dass uns die „Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS“ (RD; in der jeweils gültigen Fassung) bekannt ist, wir diese im vollen Umfang anerkennen und danach handeln.	<input type="radio"/>
D. Wir bestätigen ausdrücklich, dass wir Interessent*innen am Rehabilitationssport, gemäß der oben genannten Regelungen, ordnungsgemäß beraten. Wir setzen das standardisierte DBS-Beratungsprotokoll oder eine adäquate Alternative ein, die den Inhalt des standardisierten DBS-Beratungsprotokolls wiedergibt.	<input type="radio"/>
E. Wir bestätigen, dass die Übungsleiter*innen das „Formular ÜL“ ausgefüllt haben und diese Formulare dem Verein/örtlichen Träger vorliegen. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars ÜL“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	<input type="radio"/>
F. Wir bestätigen, dass wir von den im Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen sowie in Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins eingesetzten Übungsleiter*innen in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren ein erweitertes Führungszeugnis einholen und die Einsichtnahme dokumentieren. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir die Dokumentation unverzüglich vor.	<input type="radio"/>
G. Wir bestätigen, dass die medizinischen/ärztlichen Betreuungen und Überwachungen für sämtliche Rehabilitationssportgruppen das „Formular M“ bzw. für Herzsport das „Formular MH“ ausgefüllt haben. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation dieser Formulare im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft werden.	<input type="radio"/>
H. Wir bestätigen die Einhaltung der Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel, EU-DSGVO, BDSG neu) sowie die betreffenden Regelungen in der RV und den VDs.	<input type="radio"/>
I. Diese Erklärung gilt für alle vom Verein/örtlichen Träger beantragten Gruppen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport.	<input type="radio"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vereins/örtlichen Trägers  
(vertretungsberechtigt nach §26 BGB)