

**ERKLÄRUNG zur ANERKENNUNG als LEISTUNGSERBRINGER  
von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX**

1. Name des Vereins/örtlichen Trägers:

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

2. Namen Vertretungsberechtigte nach § 26 BGB:

\_\_\_\_\_

3. Ansprechpartner/in des Vereins/örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email):

\_\_\_\_\_

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 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; gemäß Hauptvorstandsbeschlusses des DBS vom 22.11.2014) bekannt sind, wir diese im vollen Umfang anerkennen und danach handeln.  | <input type="radio"/> |
| D. Wir bestätigen ausdrücklich, dass wir Interessenten/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 Übungsleitenden 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 die betreuenden und/oder überwachenden Ärztinnen und Ärzte für sämtliche Rehabilitationssportgruppen das „Formular M“ ausgefüllt haben. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars M“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird. | <input type="radio"/> |
| G. Wir bestätigen die Einhaltung der Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) sowie die betreffenden Regelungen in der RV und den VDs.   | <input type="radio"/> |
| H. Diese Erklärung gilt für alle vom Verein/örtlichen Träger beantragten Gruppen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport.   | <input type="radio"/> |

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Vereins/örtlicher Träger (vertretungsberechtigt nach §26 BGB):

\_\_\_\_\_

Vereinsstempel (falls vorhanden):