

## Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

### 1. medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der

**Rehabilitationssportgruppe(n)** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefon/Email: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

2. Betreuer Verein/örtlicher Träger: \_\_\_\_\_

ggfls. Betreute Gruppe(n): \_\_\_\_\_

### 3. Erklärung:

**Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Ziff.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in seiner gültigen Fassung zu betreuen oder zu überwachen. Hierzu gehören:**

#### a. Allgemein (gilt für alle Gruppen):

- Die Teilnehmenden und die Übungsleitung bei Bedarf zu beraten.
- Die verordnende bzw. behandelnde ärztliche Person der Teilnehmenden über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.

#### b. Für Herzsport gilt zusätzlich: (falls zutreffend bitte ankreuzen)

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmenden hierbei zu überwachen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person (u.a. die Belastbarkeit zu Beginn jeder Übungsveranstaltung durch befragen festzustellen) abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind der Übungsleitung entsprechende Anweisungen zu erteilen.

**Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!**

#### Empfehlung:

- Die Zuordnung der Teilnehmenden zur Gruppe aufgrund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen der ärztlich behandelnden Person zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

**Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift (Ärztin\*Arzt): \_\_\_\_\_

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen