

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

M

Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt

Betreuende/überwachende Ärztin bzw. betreuender/überwachender Arzt

1. Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/Email: _____ Fachrichtung: _____

2. Betreuter Verein: _____ ggfls. betreute Gruppe(n): _____

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Nr.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Januar 2011 zu betreuen und zu überwachen. Hierzu gehören:

a. Allgemein:

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/verordnende Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/ Behandlung von Bedeutung ist.

b. Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurden, sind festzulegen.

Empfehlung:

- Die Zuordnung der Teilnehmer/innen zur Gruppe auf Grund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen des behandelnden Arztes zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt : _____

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!