

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.Oktober 2003 i.d.F. 01.01.2007 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!