

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:

- Die Teilnehmer*innen 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.

Empfehlung:

- Die Zuordnung der Teilnehmer*innen 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