

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____

2. Vereinskennziffer: _____

3. Geplanter Beginn: _____

4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____

Name Abrechnungsstelle: _____

5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____

7. Übungsleitung (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):

2. Übungsleitung nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____

10. Größe des Übungsraums (in qm): _____

11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____

12. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Leichtathletik Bewegungsspiele
 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: _____

13. Nur für Herzsport:

13.1 Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung Ja Nein

13.2 Ein Notfallplan liegt vor Ja Nein

13.3 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt durch die ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein

13.4 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt ohne ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in Ja Nein

Notfallabsicherung durch (bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)

Rettungskraft in ständiger Anwesenheit

Herzsportgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft

Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen Ja Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu

(identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) Bis 20 Erwachsene Herzgruppe (604504)

Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504)

Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ) Herzgruppe (604508)

Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507)

Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507)

Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512) Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513)

Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) divers männlich weiblich gemischt

Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular)
(nicht möglich im Herzsport)

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie	
<input type="checkbox"/>	Amputationen/Gliedmaßenschäden
<input type="checkbox"/>	Endoprothesen
<input type="checkbox"/>	Gelenkschäden
<input type="checkbox"/>	Glasknochen
<input type="checkbox"/>	Marfansyndrom
<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin	
<input type="checkbox"/>	Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaufkrankungen
<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Erkrankungen Neurologie	
<input type="checkbox"/>	Cerebrale Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/>	Demenz
<input type="checkbox"/>	Epilepsie (therapieresistent)
<input type="checkbox"/>	Infantile Cerebralparese
<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/>	Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/>	Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/>	Parkinson
<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis
<input type="checkbox"/>	Polyneuropathie
<input type="checkbox"/>	Querschnittlähmung
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Spina bifida
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Erkrankungen Sensorik	
<input type="checkbox"/>	Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
<input type="checkbox"/>	Sehbehinderungen/Blindheit
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie		
<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Psychosomatische Störungen
<input type="checkbox"/>	Autismus	
<input type="checkbox"/>	Depressionen	Schizophrenie
<input type="checkbox"/>	Neurosen	Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Persönlichkeitsstörung	Sonstige

Kreberkrankungen	
<input type="checkbox"/>	Brustkreberkrankungen
<input type="checkbox"/>	Prostata-/Blasenkreberkrankungen
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen		
<input type="checkbox"/>	ADS	Teilleistungsstörung
<input type="checkbox"/>	Entwicklungsabweichung	Sonstige
<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	

Sonstige	
<input type="checkbox"/>	Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/>	Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
<input type="checkbox"/>	Sonstige

Ort, Datum: _____

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____

