

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

Angaben zu dem anzuerkennenden Herzsportangebot

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. Übungsleiter*in (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

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 Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
 Bewegungsspiele Sonstige: _____

13. Betreuung und Notfallabsicherung

13.1 funktionstüchtige und einsatzbereite Notfallsausrüstung (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 (in Herzinsuffizienzgruppen zwingend erforderlich) 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

Herzgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft

Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen (z.B. Dreifachturnhalle) Ja Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu (identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

APN 604504: Herzgruppe bis 20 Erwachsene

APN 604504: Herzgruppe bis 20 Jugendliche

APN 604508: Herzgruppe bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ)

APN 604514: Herzinsuffizienzgruppe bis 12 Erwachsene

divers männlich weiblich gemischt

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

16. Indikationsbereich

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen (APN 604504 oder 604508) |
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen mit hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko (APN 604514) |

Ort, Datum: _____

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