

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. Medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der Herzsportgruppe(n)

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Fachrichtung/Zusatzbezeichnung: _____

2. Betreuer Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute Herzsportgruppe(n):

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 bzw. entsprechend der Neuregelungen zum Herzsport von 04. August 2021 zu betreuen und/oder zu überwachen. Hierzu gehören:

In allen Herzsportgruppen

Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind der Übungsleitung entsprechende Anweisungen zu erteilen.

Zusätzlich bei klassischen Herzsportgruppen (bzw. Herzinsuffizienzgruppen)

Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmer*innen hierbei zu überwachen.

Zusätzlich bei Herzsportgruppe ohne ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in

Auf Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmer*innen und in Abstimmung mit der Übungsleitung, mindestens jedoch alle sechs Wochen, die persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift (Ärztin*Arzt): _____