

**Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt**

1. **Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift: (Straße, PLZ, Ort):** \_\_\_\_\_

**Tel./Fax/E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

2. **Betreuer Verein/betreute Gruppe(n)** \_\_\_\_\_

3. **Erklärung:**

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des unter 2. genannten Vereins/der unter 2. genannten Rehabilitationssportgruppe(n) im Sinne der Ziffer 11 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2022 zu betreuen zu überwachen.

Hierzu gehören:

a) **Allgemein (gilt für alle Gruppen):**

- Die TeilnehmerInnen und die ÜbungsleiterInnen bei Bedarf im Verlauf der Übungsveranstaltung zu beraten.
- Die/den behandelnde(n)/verordnende(n) 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 ist sicherzustellen. Ausnahmen sind in der aktuell gültigen BAR-Rahmenvereinbarung geregelt.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurde, festzulegen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB V i. V. m. § 43 Abs. 1 SGB V sowie § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX zum Zwecke der Anerkennung als Leistungserbringer für Funktionstraining und zur Leistungsabrechnung verarbeitet. Bei fehlenden Angaben kann der Antragsteller nicht als Leistungserbringer für Rehabilitationssport/Herzsport anerkannt werden.