

zurück an

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
c/o AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Wackersdorfer Str. 36a
92421 Schwandorf

- Neuanmeldung
 Antrag auf Änderung
 Abmeldung

**ANTRAG AUF ANERKENNUNG (Ziff. 8 der Rahmenvereinbarung)
als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX**

Herzsport 

1. Träger der Rehabilitationssportgemeinschaft (z. B. Sportverein)

Name/Anschrift: _____ E-Mail: _____

_____ Internet: _____

Mitglied im Rehabilitationssportverband: _____ Nein

2. Institutionskennzeichen: _____

3. Ansprechpartner / -in für die Versicherten:

Vor- und Zuname: _____

Erreichbarkeit: _____ Tel.-Nr.: _____

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport und bestätigen hiermit die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2022 (www.bar-frankfurt.de). Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden im vollen Umfang anerkannt. Weiterhin erkennen wir an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern mitzuteilen.

HINWEIS: Das Anerkennungsverfahren durch die Arge Rehasport in Bayern erfolgt kostenlos.

4. Mit der ärztlichen Betreuung/Überwachung beauftragte/r Arzt/Ärztin (siehe Formblatt für Arzt)

Vor- und Zuname: _____

Fachrichtung: _____ Tel.-Nr.: _____

Ist ein netzunabhängiger, tragbarer, Defibrillator vorhanden Ja Nein

Letzte Kontrolle: _____

Ist ein Notfallkoffer vorhanden? Ja Nein

5. Übungsleiter/-in Wichtig! Qualifikationsnachweis in Kopie beifügen!

(bei Mehrangaben – siehe Beiblatt)

Vor- und Zuname: _____

Vor- und Zuname: _____

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Räumlichkeiten, Materialien und funktional einsetzbaren Sportgeräte gemäß Rahmenvereinbarung sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen:

Nutzungsnachweis ist beigefügt

Foto/s ist/ sind beigefügt

Anschrift Übungsort (wenn abweichend von Anschrift):

Trainings-/Wasserfläche (in qm): _____

Anschrift bei Angeboten im Wasser:

Tag und Uhrzeit der Übungsveranstaltung: _____

7. Beantragung folgender Rehabilitationssport Übungsgruppe/-n:

Herz Erwachsene

vorauss. Anzahl der Gruppen: _____ Gruppenstärke/Teilnehmerzahl je Gruppe: _____

Herzsport Kinder

erweitertes Führungszeugnis

vorauss. Anzahl der Gruppen: _____ Gruppenstärke/Teilnehmerzahl je Gruppe: _____

Herzinsuffizienz Erwachsene

vorauss. Anzahl der Gruppen: _____ Gruppenstärke/Teilnehmerzahl je Gruppe: _____

8. Pauschale Haftpflichtversicherung/Unfallversicherung

für die Teilnehmer am Rehabilitationssport (auch Nichtmitglieder)

Versicherungsschutz (**Nachweise bitte beifügen!**)

9. Angaben zur Notfallversorgung

Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst telefonisch zu erreichen

Ja Nein

Eine einsatzfähige und vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden:

Ja Nein

Nächsterreichbare/r Arzt/Ärztin: _____

Nächstes Krankenhaus: _____

10. Wird eine Teilnehmerliste geführt?

Ja Nein

11. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert?

Ja Nein

(z. B. besondere Vorkommnisse)

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Rehabilitationsträger eine Mitgliedschaft in der Herzgruppe auf freiwilliger Basis empfehlen, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Wir gewährleisten eine Teilnahme am Herzsport für die Dauer der Verordnung zu Lasten des Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein/in der Gruppe gemäß der Rahmenvereinbarung. Wir bestätigen Ihnen die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Ferner bestätigen wir, dass die unter Ziff. 4 und 5 benannten Personen in die Übermittlung Ihrer Daten an die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern und die Aufnahme dieser Daten in das Verzeichnis der anerkannten Rehabilitationssportgruppen und Funktionstrainingsgruppen eingewilligt haben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Bei Rückfragen zur Anerkennung wenden Sie sich bitte an die **Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern**
Tel.: 089 62730-279; Fax: 089 62730-650279; E-Mail: ARGE-Reha-Sport@by.aok.de

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 Rehabilitationssport und zur Leistungsabrechnung verarbeitet. Fehlende Angaben können zur Nichtanerkennung als Leistungserbringer führen.

Übungsleiter - Beiblatt-

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____

Vor- und Zuname: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Gültig: _____