

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

1. Vereinsname: _____ 2. Vereinskennziffer: _____ 3. Anerkennung ab: _____

4. Name /Bezeichnung des Angebotes (z.B. Wirbelsäulengymnastik): _____

5. Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

6. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

a. (nur bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins): Übungsleiterin II (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

b. Zusatzqualifikation vorhanden: Übungsleiterin: ja / nein Übungsleiterin II: ja / nein

7. Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

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

9. Trainingsfläche/Wasserfläche der Übungsstätte (in qm): _____ bei Angeboten im Wasser: _____ C Wassertemperatur

10. Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr

11. Teilnehmerkreis:

weiblich	männlich	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Bis 15 Erwachsene	Bis 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	Bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres	Bis 12 Mädchen/Frauen bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins
Mehr als 15 Erwachsene	Mehr als 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	Bis 10 Kinder in Kinderherzsportgruppe	

12. Rehabilitationssportart:

Gymnastik	Schwimmen	Leichtathletik	Bewegungsspiele in Gruppen	Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Sonstige:
------------------	------------------	-----------------------	-----------------------------------	--	------------------

13. Zielgruppe (Ordnen Sie Ihr Angebot bitte einer Zielgruppe, wie z.B. Innere Organe, zu. Sie können innerhalb dieser Zielgruppe eine oder mehrere Bereiche ankreuzen):

Erkrankungen Orthopädie	Erkrankungen Neurologie	Erkrankungen Sensorik	Erkrankungen Innere Medizin
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden	Cerebrale Bewegungsstörungen	Sehbehinderungen/Blindheit	Herz-/Kreislauferkrankungen
Osteoporose	Parkinson	Hörschädigungen/Gehörlosigkeit	Atemwegserkrankungen
Morbus Bechterew	Schlaganfall	Sonstige	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Gelenkschäden	Poliomyelitis		Asthma/Allergien
Amputationen/Gliedmaßenschäden	Multiple Sklerose		Diabetes mellitus
Endoprothesen	Spina bifida		Nierenerkrankungen
Sonstige	Epilepsie		Sonstige
	Querschnittlähmung		
	Sonstige		

Erkrankungen Psychiatrie	Krebserkrankungen	Geistige Behinderungen	Sonstige
Verhaltensstörungen	Brustkrebserkrankungen	Geistige Behinderungen	Mehrfachbehinderungen
Psychische Erkrankungen	Prostata-/Blasenkrebskrankungen	Sonstige	ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
Abhängigkeitserkrankungen	Sonstige		Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
Sonstige			Sonstige

14. Nur für Herzsportgruppen:

Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.	Ja	Nein	Datum der letzten Kontrolle der Notfallausrüstung:
--	----	------	--