

**Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
per Adresse
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Zentrale
Postfach 83 05 54
81705 München**

- Neuanmeldung
 Antrag auf Änderung
 Abmeldung

**ANTRAG AUF ANERKENNUNG (Ziff. 8 der Rahmenvereinbarung)
als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX**

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

Name/Anschrift: _____ Email : _____

Internet: _____

Mitglied im BVS BLSV sonstige: _____

2. Institutionskennzeichen des Trägervereins: _____
(sofern vorhanden, wenn nicht bitte mittels beiliegendem Vordruck beantragen)

3. Ansprechpartner

Vor-/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 2011 (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.

4. Mit der ärztlichen Betreuung/Überwachung beauftragte/r ÄrztIn (siehe beil. Anlage)

Vor- und Zuname: _____

Fachrichtung: _____ Tel.-Nr.: _____

5. ÜbungsleiterIn Wichtig! Qualifikationsnachweis in Kopie beifügen!

Vor- und Zuname: _____ Beruf: _____

Qualifikationsnachweis: _____ Nr.: _____

ausgestellt am: _____ durch _____ gültig bis: _____

6. Räumliche Gegebenheiten (ggf. Plan beilegen)

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

Übungsraum (Bezeichnung/Art): _____

Anschrift: _____

Anschrift bei Angeboten im Wasser: _____

Trainings-/Wasserfläche (in qm): _____ Tag und Uhrzeit der Übungsveranstaltung: _____

Ausstattung: _____

(funktional einsetzbare Sportgeräte für die Rehabilitationssportarten gemäß Rahmenvereinbarung :Gymnastik, Schwimmen, Leichtathletik, Bewegungsspiele in Gruppen)

7. Rehabilitationssport-Übungsgruppe: vorauss. Anzahl der Gruppen

Bezeichnung: _____

Erwachsene: Kinder/Jugendliche:

Gruppenstärke/Teilnahmeanzahl je Gruppe: _____

Welche Zuordnung sehen Sie für Ihre Gruppe?

Orthopädische Behinderungen

- Stütz- und Bewegungsapparat (hier zugehörig: Wirbelsäule, Knie- und Hüftgelenk, Endoprothesen)
 Osteoporose Morbus Bechterew Krebsnachsorge

Neurologisch-Psychiatrische Behinderungen

- Multiple Sklerose Parkinson Cerebral Bewegungsgeschädigte

Internistische Erkrankungen

- Asthma AVK Diabetiker, Typ I/II

Sonstige:

- Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen und Frauen
 Geistig Behinderte
(soweit nicht bereits fester Bestandteil der begleitenden Dienste einer Werkstatt für Behinderte)
 Schwerstbehinderte (gem. Ziffer 10.1 letzter Abs. der Rahmenvereinbarung)
 Rollstuhlfahrer

8. Unfallversicherung (Nachweis bitte beifügen!)

Versicherungsschutz für die Teilnehmer am Rehabilitationssport (auch Nichtmitglieder)

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 ÄrztIn _____

Nächstes Krankenhaus _____

10. Wird eine Teilnehmerliste geführt? Ja Nein

11. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert? (z. B. besondere Vorkommnisse) Ja Nein

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Rehabilitationsträger eine Mitgliedschaft in der Rehabilitationssportgruppe auf freiwilliger Basis begrüßen, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Wir gewährleisten eine Teilnahme am Rehabilitationssport 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

Unterschrift

Bei Rückfragen zur Anerkennung wenden Sie sich bitte an die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
Tel.: 0 89/6 27 30-279; Fax: 0 89/6 27 30-650279; Email: ARGE-Reha-Sport@by.aok.de

und zur Aufnahme als Mitglied beim Behinderten- und Rehabilitationssportverband Bayern e. V. (BVS Bayern)
Tel. : 089 544189-12 ; Email : haberland@bvs-bayern.com