

**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)

