

zurück an:

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
per Adresse
AOK DLZ Heilmittel
Wackersdorfer Str. 36a
92421 Schwandorf

Bitte für jede Gruppe einen Fragebogen ausfüllen
(gemäß Zuordnung unter Punkt 7)

- ☐ Neuanmeldung
☐ Antrag auf Änderung
☐ Abmeldung

ANTRAG AUF ANERKENNUNG

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

1. Rehabilitationssport-Anbieter (z.B. Sportverein oder juristische Person)

Als Sportverein mit einem Rehasportangebot müssen Sie nach den DOSB bundesweit einheitliche Regelungen zur Zuordnung zu Fachverbänden 28.01.2019 (nach II. Zuordnungsregeln Absatz 3) dem zuständigen Sportfachverband, dem Behinderten- und Rehabilitationssportverband Bayern e. V. www.bvs-bayern.com, als Mitglied zugehören. Als juristische Person (z.B. Physiotherapie) ist Ihnen dies optional als außerordentliches Mitglied möglich.

Name:			
Anschrift:			
E-Mail:			
Internet:			
Mitglied im:	<input type="checkbox"/> BVS mit der Mitglieds-Nummer:	<input type="checkbox"/> sonstige:	

2. Institutionskennzeichen des Rehabilitationssport-Anbieters:

(sofern vorhanden, wenn nicht bitte mittels beiliegendem Vordruck beantragen)

3. Ansprechpartner

Vor- und Zuname:			
Erreichbarkeit:		Tel:	

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 Arzt/Ärztin (siehe beil. Anlage)

Vor- und Zuname:			
Fachrichtung:		Tel:	

5. ÜbungsleiterIn (WICHTIG! Qualifikationsnachweis in Kopie beifügen!)

Vor- und Zuname:			Beruf:	
Qualifikationsnachweis:			Nr.:	
ausgestellt am:		durch:		gültig bis:

6. Räumliche Gegebenheiten (Raumplan beilegen, ggf. eigene Skizze mit Angabe von Maßen)

Die Räumlichkeiten, Materialien und funktional einsetzbaren Sportgeräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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:

Gruppenstärke/Teilnehmerzahl 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
- ☐ Rollstuhlfahrer
(orthopädische Erkrankung)

Neurologisch-Psychiatrische Behinderungen

- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Parkinson
- ☐ Cerebrale Bewegungsschädigung
Schlaganfall
- ☐ Rollstuhlfahrer
(neurologische Erkrankung)

Internistische Erkrankungen

- ☐ Asthma/COPD
- ☐ 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)
- ☐ Psychiatrie

8. Unfallversicherung für die Teilnehmer am Rehabilitationssport (auch Nichtmitglieder)

- ☐ Durch Meldung beim BVS *(Anmeldebestätigung als Versicherungsnachweis ausreichend!)*
- ☐ Sonstige *(Nachweis 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? *(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 und Unterschrift

BEI RÜCKFRAGEN ZUR ANERKENNUNG

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
Tel.: 089 62730-279 · Fax: 089 62730-650279
ARGE-Reha-Sport@by.aok.de

BEI RÜCKFRAGEN ZUR AUFNAHME ALS MITGLIED BEIM BVS BAYERN



Behinderten- und Rehabilitationssportverband Bayern e. V.
Tel.: 089/544189-0 · E-Mail: service@bvs-bayern.com
www.bvs-bayern.com

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.