

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____

2. Vereinskennziffer: _____ 3. Geplanter Beginn: _____

4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____

Name Abrechnungsstelle: _____

5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, Email, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____

7. Übungsleitung (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):

2. Übungsleitung nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

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

10. Größe des Übungsraums (in qm): _____

11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____

12. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Leichtathletik Bewegungsspiele in Gruppen

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: _____

13. Nur für Herzsport: Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung:

Ja Nein

Ärztliche Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen:

Ja Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu

(identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 20 Erwachsene Herzgruppe (604504) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) | <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ) Herzgruppe (604508) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512) | <input type="checkbox"/> Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513) |
| <input type="checkbox"/> Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) | <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> gemischt |
| <input type="checkbox"/> Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular) | |

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
<input type="checkbox"/> Amputationen/Gliedmaßenschäden
<input type="checkbox"/> Endoprothesen
<input type="checkbox"/> Gelenkschäden
<input type="checkbox"/> Glasknochen
<input type="checkbox"/> Marfansyndrom
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Neurologie
<input type="checkbox"/> Cerebrale Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Epilepsie (therapieresistent)
<input type="checkbox"/> Infantile Cerebralparese
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Spina bifida
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Sensorik
<input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
<input type="checkbox"/> Sehbehinderungen/Blindheit
<input type="checkbox"/> Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Störungen
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/> Neurosen	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	

Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Brustkrebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Prostata-/Blasenkreberkrankungen
<input type="checkbox"/> Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen	
<input type="checkbox"/> ADS	<input type="checkbox"/> Teilleistungsstörung
<input type="checkbox"/> Entwicklungsabweichung	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	

Sonstige
<input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/> Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
<input type="checkbox"/> Sonstige

Ort, Datum: _____ Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____

**Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von
Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX**

**Benennung der Ansprechperson für
Rehabilitationssportgruppen**

(pro Person jeweils ein Blatt ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Verein/örtlicher Träger: _____

ggf. Vereins-/Gruppenkennziffer: _____

Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

Angaben zur Übungsleitung

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Lizenz nach den „Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V.“ verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (in diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Verein/örtlicher Träger (für welchen Verein tätig?): _____

Telefon/Email: _____

1. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

2. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

3. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

4. nur Zusatzqualifikation Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins:

Ausgestellt am: _____

Ausgestellt von: _____

Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Lizenz zu leiten und auf Anforderung der anerkennenden Stelle einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung potentieller Teilnehmenden/ teilnehmenden Personen verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll (Formblatt B) des DBS bzw. eine adäquate Alternative, die den Inhalt des standardisierten DBS- Beratungsprotokolls wiedergibt einzusetzen.

- Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift (ÜL): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen.