

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

1. Medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der Herzsportgruppe(n)

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Fachrichtung/Zusatzbezeichnung: _____

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

betreute Herzsportgruppe(n): _____

Angebotsnummer (sofern diese vorliegt): _____

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2022 zu betreuen und/oder zu überwachen. Hierzu gehören:

In allen Herzsportgruppen

Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind dem*der Übungsleiter*in entsprechende Anweisungen zu erteilen.

Zusätzlich bei klassischen Herzsportgruppen und Herzinsuffizienzgruppen

Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmer*innen hierbei zu überwachen.

Zusätzlich bei Herzsportgruppe ohne ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in

Auf Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmer*innen und in Abstimmung mit dem*der Übungsleiter*in, mindestens jedoch alle sechs Wochen, die persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.

Zusätzlich bei Herzsportgruppen ohne ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in, sofern die Notfallabsicherung in ständiger Bereitschaft durch den*die Herzsportgruppenärzt*in erfolgt

Hiermit versichere ich, dass während der Übungszeit der von mir betreuten Herzsportgruppe(n) eine lückenlose Erreichbarkeit durch den*die Übungsleiter*in besteht und ich in einer Notfallsituation unverzüglich nach Anforderung durch den*die Übungsleiter*in (in der Regel nach spätestens acht Minuten) im Übungsraum eintreffe.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

4. Erklärung zum Datenschutz:

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

Ort, Datum: _____ Stempel/Unterschrift (Ärzt*in): _____