

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §44 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____
2. Vereinskennziffer: _____ 3. Anerkennung ab: _____
4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____
Name Abrechnungsstelle: _____
5. Ansprechpartner (Name, Vorname, Telefon, Email, Geburtsdatum): _____
6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____
7. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____
1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):
2. Übungsleiterin nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____
8. Betreuende/r bzw. überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname): _____
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. Teilnehmerkreis: weiblich männlich Kinder (bis Vollendung des 14. Lebensjahres) Jugendliche Erwachsene
13. Anzahl der Teilnehmer: bis 5 TN bis 7 TN bis 10 TN bis 12 TN bis 15 TN bis 20 TN bis _____ TN
14. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Leichtathletik Bewegungsspiele in Gruppen
 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: _____
15. **Nur für Herzsport:** Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung:
 Ja Nein
16. **Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER Abrechnungspositionsnummer zu.**
 604503 Rehabilitationssport 604504 Herzgruppe 604511 Rehabilitationssport für Kinder
 604509 im Wasser 604508 Herzgruppe für Kinder 604512 im Wasser für Kinder
 604507 für schwerstbehinderte Menschen 604510 Stärkung des Selbstbewusstseins 604513 für schwerstbehinderte Kinder
17. 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
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
Osteoporose
Morbus Bechterew
Gelenkschäden
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Sonstige

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Parkinson
Schlaganfall
Poliomyelitis
Multiple Sklerose
Spina bifida
Epilepsie
Querschnittlähmung
Demenz
Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
Herz-/Kreislauferkrankungen
Atemwegserkrankungen
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Asthma/Allergien
Diabetes mellitus
Nierenerkrankungen
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Sehbehinderungen/Blindheit
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie
Verhaltensstörungen
Psychische Erkrankungen
Abhängigkeitserkrankungen
Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata-/Blasenkrebskrankungen
Sonstige

Geistige Behinderungen
Geistige Behinderungen
ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
Sonstige

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
Sonstige

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