

**Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern**  
**per Adresse**  
**AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**  
**Zentrale**  
**Postfach 83 05 54**  
**81705 München**

**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](http://www.bar-frankfurt.de)). Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden im vollem 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)

7. Rehabilitationssport-Übungsgruppe:      vorauss. Anzahl der Gruppen

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Erwachsene:       Kinder/Jugendliche:

Gruppenstärke/Teilnahmeanzahl je Gruppe: \_\_\_\_\_

Welche Zuordnung sehen Sie für Ihre Gruppe?

**Orthopädische Behinderungen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stütz- und Bewegungsapparat<br>hier zugehörig: Wirbelsäule,<br>Knie- und Hüftgelenk, Endoprothesen | <input type="checkbox"/> Krebsnachsorge   |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew   | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
|   | <input type="checkbox"/> Schwerstbehinderte (gem. Ziffer 10.1 letzter Abs.<br>der Rahmenvereinbarung) |
|   | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer  |

**Neurologisch-Psychiatrische Behinderungen**

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Cerebral Bewegungsgeschädigte |
| <input type="checkbox"/> Geistig Behinderte<br>(soweit nicht bereits fester Bestandteil der begleitenden Dienste einer Werkstatt für Behinderte) |                                    |  |

**Internistische Erkrankungen**

- |                                 |                              |   |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> AVK | <input type="checkbox"/> Diabetiker, Typ I/II |
|---------------------------------|------------------------------|---|

Sonstige:       Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen und Frauen

8. Unfallversicherung (Nachweis bitte beifügen!)

Versicherungsschutz für die Teilnehmer am Rehabilitationssport (auch Nichtmitglieder)

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 Ärztln \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei Rückfragen zur Anerkennung wenden Sie sich bitte an die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern  
Tel.: 089 62730-279; Fax: 089 62730-650279; Email: [Heidemarie.Kempf@by.aok.de](mailto:Heidemarie.Kempf@by.aok.de)

und zur Aufnahme als Mitglied beim Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern (BVS) e. V.  
Tel. : 089 544189-12 ; Email : [reha@bvs-bayern.com](mailto:reha@bvs-bayern.com)