

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

B

Beratungsprotokoll/Beratungsleitfaden

Am _____ legte _____ (Name, Vorname) eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes.
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten im Herzsport).
- Größe der Gruppe (maximal 15 TN, im Herzsport maximal 20 TN, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins maximal 12 TN).
- Inhalt des Sportangebotes: Gymnastik, Bewegungsspiele, Schwimmen, Leichtathletik (Gehen/Laufen), Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Übungsleiter Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung bzw. Überwachung im Herzsport).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Absicherung durch Defibrillator/Notfallkoffer im Herzsport.

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Kostenträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die Mitgliedschaft **freiwillig** eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:
_____ anerkannt + zertifiziert DBS-GEPRÜFT
- Der Mitgliedsbeitrag beträgt in diesem Fall monatlich _____ €.
- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.

Von diesem Protokoll wurde dem Versicherten eine Kopie ausgehändigt.

Versicherte/r (Ort, Datum, Unterschrift) _____ Vereinsvertreter/in (Ort, Datum, Unterschrift) _____

Datenschutzinformation:

Hiermit willige ich freiwillig ein, dass meine pbD und medizinischen Daten (Muster 56) im Rahmen der Durchführung des Rehasports durch die handelnden Personen (Arzt/Übungsleiter) zu meiner eigenen Sicherheit verwendet und genutzt werden. Ich stimme zu, dass diese Daten auch der Kommunikation zwischen der Übungsleitung mit dem Hausarzt/behandelnden Arzt und/oder Notarzt verwendet werden. Weiterhin stimme ich zu, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung in digitaler Form an die Abrechnungszentren der Kostenträger weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. **Löschung von Daten:** Die Löschung der Daten erfolgt unmittelbar nach Abschluss des Behandlungsvertrages (VO - Ende bzw. Ende Mitgliedschaft) falls sich aus gesetzlichen Regelungen keine anderen Aufbewahrungsfristen ergeben.