



Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung zum Leistungserbringer von REHASPORT nach § 64 SGB IX

Formular M

Erklärung der betreuenden Ärztin bzw. des betreuenden Arztes

Die ärztliche Betreuung des Rehabilitationssportangebots wird wahrgenommen von

Name der Ärztin/des Arztes:	Name des Vereins:
	Vereinskennziffer (7-stellig):
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:

Für Herzsportgruppen

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o. g. Vereins/der Abteilung im Sinne der Ziffer 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011* zu betreuen und zu überwachen. Zu dieser Aufgabe gehören gemäß der Vorgaben der Landesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitationssport im Landessportbund NRW:

- Betreuung und Überwachung während der Übungsveranstaltung (persönliche Anwesenheit)
- Abstimmung des Übungsprogramms mit der Übungsleitung im Hinblick auf die Behinderung und den Allgemeinzustand des Teilnehmenden auf der Grundlage der Angaben in der Verordnung bzw. aktueller – mindestens einmal jährlich – vorliegender Untersuchungsbefunde (z. B. hausärztliche Befunde, kardiologische Befunde, Klinik-Entlassungsberichte, medizinischer Informationsbogen etc.). Kopien der Befunde sind zur Einsicht am
- Übungsort bereitzuhalten. Besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.
- Abstimmung des Übungsprogramms mit der Übungsleitung im Hinblick auf die rehabilitativen Zielsetzungen sowie ergänzende gesundheitliche Beratung der Teilnehmenden.
- Beurteilung von ggf. aktuell vorliegenden Einschränkungen der Belastbarkeit in den Übungsstunden und ggf. Erteilung entsprechender Anweisungen an die Übungsleitung.
- Zuständigkeit für eine vollständige und einsatzfähige Notfallausrüstung in der Herzsportgruppe.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Für allgemeine Rehabilitationssportgruppen

Hiermit bestätige ich, dass ich den o. g. Verein/die Abteilung im Sinne der Ziffer 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011* ärztlich betreue und überwache.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Diese Tätigkeit sollte bei der (Berufs-)Haftpflichtversicherung angezeigt werden.

*Auszug aus der Rahmenvereinbarung siehe Rückseite.



Einwilligungserklärung zur Datennutzung

.....
Name, Vorname der Ärztin/des Arztes

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine hier angegebene personenbezogene Daten an Dritte weitergeleitet werden, um die Zertifizierung und Abrechnung einer Rehabilitationsmaßnahme positiv abschließen zu können.

Es handelt sich um eine wiederkehrende Erklärung, die für unterschiedliche Rehabilitationsmaßnahmen gültig ist.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann mit der Folge, dass Maßnahme(-n) nicht positiv geprüft oder abschließend abgerechnet werden kann, verweigert werden.

Diese wiederkehrende Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mit der Folge, dass Maßnahme(-n) nicht positiv geprüft oder abschließend abgerechnet werden können, nur für bestimmte oder grundsätzlich für alle Maßnahmen widerrufen werden.

Die Widerrufserklärung ist zu richten an: datenschutz@rehasupport.de.

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang der Widerrufserklärung die Daten unwiderruflich gelöscht, entsorgt.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Auszug aus der Rahmenvereinbarung

12 Ärztliche Betreuung/Überwachung des Rehabilitationssports

12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin.

Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n/verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.

12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,

- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und in der Trainingsgestaltung zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
- während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.

Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.

Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Leitlinien der DGPR.