



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

Formular NH

## 1. Absicherung der Notfallsituation in den/der Herzsportgruppe(n)

Die Absicherung der Notfallsituation erfolgt durch (bitte zutreffendes Ankreuzen; Mehrfachnennungen nicht möglich)

- die ständige Anwesenheit des\*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt\*in
- die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
- die ständige Bereitschaft des\*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt\*in
- die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

## 2. Erklärung der Person zur Absicherung der Notfallsituation

Kontaktdaten:

Name, Vorname:	Vereinskennziffer (7-stellig)
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel./ E-Mail:	Qualifikation (ein Nachweis liegt dem Verein vor):

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes/Der Rettungskraft

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



## Einwilligungserklärung zur Datennutzung

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

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](mailto: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/der Notfallkraft



**Ziffern der neuen Rahmenvereinbarung (ab 01.01.2022) mit direktem Bezug zum Herzsport  
(Genauere Inhalte unter [www.rehasupport.nrw](http://www.rehasupport.nrw) einsehbar)**

4.4.2 (Leistungsumfang Rehabilitationssport in Herzsportgruppen)

4.7 (Gerätetraining)

9.1 (Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten)

9.3 (Dauer)

11.2 (ärztliche Betreuung in Herzsportgruppen)

11.3 (Neuregelungen ohne ständige ärztliche Anwesenheit des\*der Herzsportgruppenärzt\*in)

11.4 (Absicherung in Notfallsituationen)

Anlage 1 (Gruppengröße, Notfallversorgung)

Anlage 5 (Begrifflichkeit „unverzögerlich“)