

**Antrag auf Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX** **VL**  
Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Trägers: Ambulanter Herz- und Behindertensportverein Bad Freienwalde e. V.

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Lange Wiese 24; OT Altranft, 16259 Bad Freienwalde

2. Ansprechpartner/in des Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email): Dipl.-Ing. Ernst-Wolfgang Schulz; 03344333290; info@ahb-sv-badfrw.de

3. Institutionskennzeichen (IK): 4412 07 432 Vereinskennziffer: 36

4. Abrechnung über Abrechnungsstelle/Trägerverband: ja wenn ja, Beginn/Ende der Beauftragung: 08/2007 /  
wenn ja, Name: opta data Abrechnungs- GmbH und IK Nr.: 6605 99 003

5. Die vorgelegten Angaben zu den bereits bestehenden Anerkennungen

wurden ergänzt bzw. korrigiert (bitte als Anlage beifügen).  bleiben unverändert.

**6. Erklärungen des Antragstellers**

Wir beantragen die Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i.d.F. vom 01.01.2007. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen 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 anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner/in) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und die erhobenen Daten (in vollem Umfang) für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Ort, Datum: Bad Freienwalde, 23.12.2009

Amb. Herz- und Behindertensportverein  
Bad Freienwalde e. V.

Lange Wiese 24 - OT Altranft  
16259 Bad Freienwalde  
Tel.: 03344 / 333 290  
Internet: www.ahb-sv-badfrw.de



*[Handwritten Signature]*

Unterschrift/ ggf. Vereinsstempel:

(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

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

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

1. Vereinsname: Ambulanter Herz- und Behindertensportverein Bad Freienwalde e. V. 2. Vereinskennziffer: 36 3. Anerkennung ab: 01.01.2010

4. Name /Bezeichnung des Angebotes (z.B. Wirbelsäulengymnastik): Orthopädie

5. Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Vorname, Telefon, Email): Dipl.-Ing. Ernst-Wolfgang Schulz; 03344333290; info@ahb-sv-badfrw.de

6. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Telefon, Email): Schwark, Lars; 03344 331077; l.schwark@ahb-sv-badfrw.de

7. Betreuende/r/überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname, Telefon, Email): Dr. Zapel, Günter; 03344 330535

8. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): Sporthalle des Gymnasiums Berthold Brecht; Am Scheunenberg 1; 16259 Bad Freienwalde

9. Trainingsfläche/Wasserfläche der Übungsstätte (in qm): \_\_\_\_\_ bei Angeboten im Wasser: \_\_\_\_\_ C Wassertemperatur

10. Wochentag: Di von: 18 Uhr bis: 19 Uhr Wochentag: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr

11. Teilnehmerkreis:

<input checked="" type="checkbox"/>	weiblich	<input checked="" type="checkbox"/>	männlich	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
<input checked="" type="checkbox"/>	Bis 15 Erwachsene	Bis 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	Bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres		
	Mehr als 15 Erwachsene	Mehr als 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	Bis 10 Kinder in Kinderherzportgruppe		

12. Rehabilitationssportart:

<input checked="" type="checkbox"/>	Gymnastik	Schwimmen	Leichtathletik	<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsspiele in Gruppen	Sonstige:
-------------------------------------	-----------	-----------	----------------	-------------------------------------	----------------------------	-----------

13. Zielgruppe (Ordnen Sie Ihr Angebot bitte einer Zielgruppe, wie z.B. Innere Organe, zu. Sie können innerhalb dieser Zielgruppe eine oder mehrere Bereiche ankreuzen):

<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankungen Orthopädie	Erkrankungen Neurologie	Erkrankungen Sensorik	Erkrankungen Innere Medizin
<input checked="" type="checkbox"/>	Wirbelsäulen-/Haltungsschäden	Cerebrale Bewegungsstörungen	Sehbehinderungen/Blindheit	Herz-/Kreislaufkrankungen
	Osteoporose	Parkinson	Hörschädigungen/Gehörlosigkeit	Atemwegserkrankungen
	Morbus Bechterew	Schlaganfall	Sonstige	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input checked="" type="checkbox"/>	Gelenkschäden	Poliomyelitis		Asthma/Allergien
	Amputationen/Gliedmaßenschäden	Multiple Sklerose		Diabetes mellitus
	Endoprothesen	Spina bifida		Nierenerkrankungen
	Sonstige	Epilepsie		Sonstige
		Querschnittlähmung		
		Sonstige		

14. Nur für Herzportgruppen:

<input type="checkbox"/>	Erkrankungen Psychiatrie	Kreberkrankungen	Geistige Behinderungen	Andere Behinderungen
	Verhaltensstörungen	Brustkreberkrankungen	Geistige Behinderungen	Mehrfachbehinderungen
	Psychische Erkrankungen	Prostata-/Blasenkreberkrankungen	Sonstige	ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
	Abhängigkeitserkrankungen	Sonstige		Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
	Sonstige			Sonstige

14. Nur für Herzportgruppen:

Eine funktionfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.		Ja	Nein	Datum der letzten Kontrolle der Notfallausrüstung:
---	--	----	------	--

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

Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt

**Betreuende/überwachende Ärztin bzw. betreuender/überwachender Arzt**

1. Name, Vorname: Dr. Zapel, Günter

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Mühlenstr. 29; 16259 Bad Freienwalde

Telefon/Email: 03344 330535 Fachrichtung: Chirurgie

2. Betreuer Verein: ANB Bad Freienwalde e.V. ggfls. betreute Gruppe(n): \_\_\_\_\_

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Nr.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Oktober 2003 i.d.F. 01.01.2007 zu betreiben und zu überwachen. Hierzu gehören:

**a. Allgemein:**

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/verordnende Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnungs/ Behandlung von Bedeutung ist.

**b. Für Herzsport gilt zusätzlich:**

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurden, sind festzulegen.

**Empfehlung:**

- Die Zuordnung der Teilnehmer/innen zur Gruppe auf Grund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen des behandelnden Arztes zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

Ort, Datum: Bad Freienwalde, 30.12.2009

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt : \_\_\_\_\_

**Dr. Günter Zapel**  
Mühlenstr. 29  
OT Altranft  
16259 Bad Freienwalde

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

**Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX  
Angaben zur Übungsleiterin/zum Übungsleiter**

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Übungsleiterlizenz nach den Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V. verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (In diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: Schwark, Susanne, 20.07.1975 Verein (für welchen Verein tätig?): AHB Bad Freienwalde

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Schiffmühle 22, 16259 Bad Freienwalde

Telefon/Email: 03344 331077 / susanne.s@ahb-sv-badfrw.de

**1. Lizenznummer:** 0215 2367  
 Indikationsbereich/Profil: Innere Organe/Herzsport  
 Ausgestellt am: 04.12.2007  
 gültig bis: 31.12.2011

**2. Lizenznummer:** 1.B09.01.250469  
 Indikationsbereich/Profil: Orthopädie/Rehasport  
 Ausgestellt am: 28.10.2009  
 gültig bis: 31.12.2013

**3. Lizenznummer:** \_\_\_\_\_  
 Indikationsbereich/Profil: \_\_\_\_\_  
 Ausgestellt am: \_\_\_\_\_  
 gültig bis: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**  
 Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Übungsleiterlizenz zu leiten und auf Anforderung des anerkennenden Verbandes einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. den standardisierten Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS einzusetzen.

Ort, Datum: Bad Freienwalde, 10.01.2010

Unterschrift (ÜL): S. Schwark

**Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX  
Angaben zur Übungsleiterin/zum Übungsleiter**

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Übungsleiterlizenz nach den Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V. verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (In diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: Schwark, Lars, 01.08.1974 Verein (für welchen Verein tätig?): AHB Bad Freienwalde

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Schiffmühle 22, 16259 Bad Freienwalde

Telefon/Email: 03344 331077 / l.schwark@ahb-sv-badfrw.de

**1. Lizenznummer:** 0215 2366  
 Indikationsbereich/Profil: Innere Organe/Herzsport  
 Ausgestellt am: 04.12.2007  
 gültig bis: 31.12.2011  
**2. Lizenznummer:** 1.B09.01.250470  
 Indikationsbereich/Profil: Orthopädie/Rehasport  
 Ausgestellt am: 28.10.2009  
 gültig bis: 31.12.2013  
**3. Lizenznummer:** \_\_\_\_\_  
 Indikationsbereich/Profil: \_\_\_\_\_  
 Ausgestellt am: \_\_\_\_\_  
 gültig bis: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**  
 Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Übungsleiterlizenz zu leiten und auf Anforderung des aner kennenden Verbandes einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. den standardisierten Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS einzusetzen.

Ort, Datum: Bad Freienwalde, 10.01.2010

Unterschrift (ÜL): 