

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____

2. Vereinskennziffer: _____

3. Geplanter Beginn: _____

4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____

 Name Abrechnungsstelle: _____

5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____

7. Übungsleiter*in (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

 1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen): ☐

 2. Übungsleiter*in nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____

10. Größe des Übungsraums (in qm): _____

11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____

12. Rehabilitationssportart: ☐Gymnastik ☐Schwimmen ☐Gymnastik im Wasser ☐Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
☐Bewegungsspiele ☐Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ☐Sonstige: _____

13. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu (identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

☐ Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503)	☐ Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507)
☐ Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503)	☐ Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507)
☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511)	☐ Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513)
☐ Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509)	☐ Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509)
☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512)	☐ Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510)
☐ divers ☐ männlich ☐ weiblich ☐ gemischt	
☐ Bis ____ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular)	

14. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

15. Indikationsbereiche

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Gelenkschäden
Glasknochen
Marfansyndrom
Morbus Bechterew
Osteoporose
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
Post-/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sehbehinderungen/Blindheit
Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata-/Blasenkrebserkrankungen
Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
Asthma/Allergien
Atemwegserkrankungen
Diabetes mellitus
Kreislaufkrankungen
Mukoviszidose
Nierenerkrankungen
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Post-/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie		
	Anfallsleiden	Psychosomat. Störungen
	Autismus	
	Depressionen	Schizophrenie
	Neurosen	Suchterkrankungen
	Persönlichkeitsstörung	Post-/Long-COVID
		Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen		
ADS		Teilleistungsstörung
Entwicklungsabweichun		Sonstige
Lernbehinderung		

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Demenz
Epilepsie (therapieresistent)
Infantile Cerebralparese
Multiple Sklerose
Muskeldystrophie
Organische Hirnschädigung
Parkinson
Poliomyelitis
Polyneuropathie
Querschnittlähmung
Schlaganfall
Spina bifida
Post-/Long-COVID
Sonstige

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstsei
Sonstige

Ort, Datum: _____

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____