

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

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/Selbstbewusstseins
Sonstige

Ort, Datum: _____

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