

Antrag auf Berufshaftpflichtversicherung für angestellte Ärzte und Ärzte im Ruhestand für die medizinische Betreuung der Herzgruppen im BSSA

Verein:

Titel, Name, Vorname
des Arztes:

Fachrichtung:

geb. am:

Anschrift:

beschäftigt bei:

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Vereins

Datum

Bitte übersenden Sie diesen Antrag sowie das Formular „M“ (wenn noch nicht beim BSSA eingereicht) an den Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt, Am Steintor 14, 06112 Halle (Saale), E-Mail: info@bssa.de.

Darüber hinaus möchten wir den Verein darauf hinweisen, dass bei Übernahme einer bereits zertifizierten Gruppe eine Änderungsmitteilung (bitte vorgesehene Formular nutzen) zu erfolgen hat. Bei einer neuen Gruppe reichen Sie bitte den Antrag „AN“ ein.

Anlage

Formular „M“ (Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX)

**Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von
Rehabilitationssport nach § 64 (früher § 44) SGB IX**

M

Betreuende/überwachende Ärztin bzw. betreuender/überwachender Arzt

1. Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Telefon/Email: _____ Fachrichtung: _____

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute

Gruppe(n): _____

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Ziff.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011 zu betreuen oder zu überwachen. Hierzu gehören:

a. Allgemein (gilt für alle Gruppen):

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

b. Für Herzsport gilt zusätzlich: (falls zutreffend bitte ankreuzen)



- 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.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

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.

Erläuterung zur Datenweitergabe:

Durch Ihre Unterschrift wird die in der „Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS“ (Ziffer 17) angegebene Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Datennutzung zur Anerkennung als Leistungserbringer im Rehabilitationssport Bestandteil des Antrages.

Ort, Datum: _____ Stempel/Unterschrift (Ärztin/Arzt): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen