

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

**Beratungsprotokoll/Beratungsleitfaden**

Am \_\_\_\_\_ legte \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

**Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:**

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes.
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten bzw. 60 Minuten im Herzsport).
- Größe der Gruppe (maximal 15 TN, im Herzsport maximal 20 TN, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins maximal 12 TN).
- Inhalt des Sportangebotes: Gymnastik, Bewegungsspiele, Schwimmen, Leichtathletik (Gehen/Laufen), Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Übungsleiter Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung bzw. Überwachung im Herzsport).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Absicherung durch Defibrillator/Notfallkoffer im Herzsport.

**Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:**

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Kostenträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die Mitgliedschaft **freiwillig** eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

- 
- Der Mitgliedsbeitrag beträgt in diesem Fall wöchentlich \_\_\_\_\_ €.
  - Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
  - Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.

**Von diesem Protokoll wurde dem Versicherten eine Kopie ausgehändigt.**

\_\_\_\_\_  
Versicherte/r (Ort, Datum, Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Vereinsvertreter/in (Ort, Datum, Unterschrift)