

Antrag und Erklärung zur Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

E

1. Name der Einrichtung: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Webseite und E-Mail: _____

2. Name Vertretungsberechtigter: _____

(Vorstand, Firmeninhaber, Geschäftsführer oder Gesellschafter)

3. Ansprechpartner/in für Rehasport: _____

(Name, Vorname, Telefon, Mail)

4. Telefon: _____ Fax: _____ BSNr.: _____

(wird durch BRS vergeben)

5. Bankverbindung: _____

6. IBAN: _____

BIC: _____

A: Wir bestätigen, dass uns die Rahmenvereinbarung (RV) über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung bekannt ist und wir diese im vollen Umfang anerkennen.

B: Wir bestätigen, dass die Vereinbarungen zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports (VD) auf Bundes- und Landesebene mit den Rehabilitationsträgern bekannt sind und wir diese im vollen Umfang anerkennen

C: Wir bestätigen, dass uns die "Richtlinien zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS" (RD; gemäß Hauptvorstandsbeschluss vom 22.11.2014) bekannt sind, wir diese im vollen Umfang anerkennen und danach handeln

D: Wir bestätigen die Einhaltung der Satzung des Behinderten- und Rehabilitationssportverbandes des Saarlandes e.V. (BRS Saarland e.V.) sowie die zentrale Abrechnung über den BRS Saarland e.V.

E: Wir bestätigen ausdrücklich, dass wir Interessenten/innen am Rehabilitationssport gemäß der oben genannten Regelungen ordnungsgemäß beraten. Wir setzen das standardisierte DBS-Beratungsprotokoll oder eine adäquate Alternative ein.

F: Wir bestätigen, dass die Übungsleitenden das "Formular ÜL" ausgefüllt haben und diese Formulare auch der Einrichtung vorliegen. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des "Formulars ÜL" im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.

G: Wir bestätigen, dass die betreuenden und/oder überwachende Ärztinnen und Ärzte für sämtliche Rehabilitationssportgruppen das "Formular M" ausgefüllt haben. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des "Formulars M" im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.

H: Wir bestätigen die Einhaltung der Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) sowie die betreffenden Regelungen in der RV und den VDs.

I: Diese Erklärung gilt für alle vom Verein/Einrichtung beantragten Gruppen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport.

Ort und Datum: _____

Unterschrift ggfs. Stempel Vertretungsberechtigter: _____

(Vorstand, Firmeninhaber, Geschäftsführer oder Gesellschafter)

