

zurück an

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern
per Adresse
c/o AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Wackersdorfer Str. 36a
92421 Schwandorf

ANTRAG AUF ANERKENNUNG von qualitätsgesicherten Gesundheitsbildungsmaßnahmen im Herzsport ♥

1. Gesundheitsbildungsmaßnahmen für einen oder mehrere der nachfolgend genannten

Bereiche:

☐ (Pos. Nr. 604711)

A: Krankheitsbewältigung bei arterieller Hypertonie

B: Risikofaktor Psyche bei KHK-Patienten, Stressformen

C: Kardiovaskuläre Risikofaktoren

D: Ernährung bei KHK

E: Körperliche Aktivität und Training in der Sekundärprävention und Therapie
kardiovaskulärer Erkrankungen

F: Koronare Krankheitsbilder

G: Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen

H: Risikofaktor Rauchen

2. Name und Anschrift der Herzgruppe

IK: _____

Name: _____

Straße, Hsnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____ **E-Mail:** _____

Ansprechpartner: _____

Tel: _____ **E-Mail:** _____

Die Leistungserbringer für den Rehabilitationssport in Herzgruppen sind dafür verantwortlich, sowohl fachlich als auch didaktisch-methodisch ausreichend qualifizierte Referenten (vgl. Anlage 8b und 9) für die Durchführung der Gesundheitsbildungsmaßnahmen einzusetzen. Bei der Durchführung der Veranstaltung sind die Inhalte der Anlage 9 maßgebend. Inhaltlich richten sich die Maßnahmen und Voraussetzungen nach dem zwischen der DGPR und dem vdek gültigen Vereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung.

Erklärung des Leistungserbringer:

Hiermit erkläre ich / erklären wir, die Inhalte der Bayerischen Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in der jeweils gültigen Fassung anzuerkennen.

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, dafür Sorge zu tragen, die Vorgaben der Vereinbarung und der damit im Zusammenhang stehenden Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining inkl. Anlagen in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.

Weiterhin gewähre ich / gewähren wir jegliche Änderungen, welche die Gruppe betreffen, der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern zeitnah mitzuteilen.

Mir / Uns ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die Regelungen der hier getroffenen Vereinbarungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führen kann.

Wir bestätigen Ihnen die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Ferner bestätigen wir, dass benannten Personen in die Übermittlung Ihrer Daten an die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern und die Aufnahme dieser Daten in das Verzeichnis der anerkannten Rehabilitationssportgruppen und Funktionstrainingsgruppen eingewilligt haben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragsstellers/Verein

Bei Rückfragen zur Anerkennung wenden Sie sich bitte an die

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern

Tel.: 089 / 62730-279

Fax: 089 / 62730-650279

E-Mail : ARGE-Reha-Sport@by.aok.de

Fachliche Rückfragen zu den GBM beantwortet Ihnen die

Herz-LAG Bayern

Tel: 08158 / 903373

E-Mail : mail@herzgruppen-lag-bayern.de

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB V i. V. m. § 43 Abs. 1 SGB V sowie § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX zum Zwecke der Anerkennung als Leistungserbringer für Rehabilitationssport und zur Leistungsabrechnung verarbeitet. Fehlende Angaben können zur Nichtanerkennung als Leistungserbringer führen.
