



Landesverband Brandenburg
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.

Zertifizierungsbogen und Rezertifizierungsbogen für Rehasportgruppen im LVBPR e.V.



Ausfüllhinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen dieses Zertifizierungsbogens. Nur vollständig ausgefüllte Zertifizierungsbögen können durch uns bearbeitet werden. Kreuzen Sie bitte jeweils alle zutreffenden Felder an. Schreiben Sie möglichst in Druckbuchstaben, verwenden Sie für das Ausfüllen keinen Bleistift und senden uns den Zertifizierungsbogen per Mail oder Post zurück. Vergessen Sie bitte nicht, auf der letzten Seite zu unterschreiben. Sollte bei einzelnen Punkten nicht ausreichend Platz zum Ausfüllen sein, so können weitere Angaben formlos vorgenommen werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, es sind immer ausdrücklich alle Geschlechter gemeint.

Bitte den Zertifizierungsbogen zurück senden an:

Landesverband Brandenburg
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.
Gunnar Thome
Winfriedstr. 16
16321 Bernau bei Berlin

Kontakt:

Telefon: 03338 3590401
E-Mail: info@lvpbr.de



1. Kontaktdaten des Leistungserbringers

Name des Leistungserbringers (Verein)

Stempel

Straße

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

IK-Nummer

Telefonnummer des Leistungserbringers

Faxnummer des Leistungserbringers

Ansprechpartner für den Rehasport beim Leistungserbringer *)

Telefon des Ansprechpartner *)

E-Mail des Ansprechpartners *)

*) Diese Daten werden an die Kostenträger übermittelt und werden für die Kommunikation mit dem Landesverband genutzt.

2. Angebotene Gruppen:

Herzgruppe

Zertifizierung

Rezertifizierung

Herzinsuffizienzgruppe

Gefäßsport

Diabetessport

Lungensport

Nierensport

Durchführung des Rehabilitationssport in Herzgruppen ohne die ständige Anwesenheit eines Herzgruppenarztes in Abstimmung mit der Übungsleitung sowie nach Bedarf der Teilnehmer. (entsprechend PKT 11.3. der überarbeiteten Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.01.2022)

Dann zwingend in Pkt. 10 weiter unten ausfüllen.

Antrag zur Durchführung von mehreren parallel durchgeführten Herzgruppen bei Anwesenheit eines Herzgruppenarztes.

 ja nein

Anzahl der Gruppen (maximal 3)

Übungsstätte

Übungstag



3. Übungsleiter

Name des Übungsleiters	Lizenznummer	gültig bis
Name des Übungsleiters	Lizenznummer	gültig bis
Name des Übungsleiters	Lizenznummer	gültig bis

Nehmen die Übungsleiter regelmäßig an Fortbildungen teil?

ja nein

4. Betreuende Ärzte der Herzgruppen

Name des des Arztes
Name des des Arztes
Name des des Arztes

Nehmen die Ärzte regelmäßig an Fortbildungen teil?

ja nein

5. Notfallmanagement

Steht eine einsatzbereite Notfallausrüstung (netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator (AED) und Notfallkoffer) zur Verfügung?

ja nein

Ist bei der Gruppe ständig ein einsatzbereites Telefon vorhanden?

ja nein

Werden in der Gruppe regelmäßig Notfallabläufe geschult?

ja nein



6. Versicherungsschutz

Ist für alle Teilnehmer ein Versicherungsschutz gewährleistet?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

7. Datenschutz

Werden die aktuellen Datenschutzrichtlinien eingehalten?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

8. Dokumentation von Erst- und Kontrolluntersuchungen der Teilnehmer

Wird der Untersuchungsbogen des LVBPR verwendet?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Werden Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

auch von Hausarzt und Kardiologe erfasst

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

a) Findet ein Aufnahmegergespräch durch den Gruppenarzt statt?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

b) Liegt eine Verordnung mit Diagnose vor?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

c) Liegt ein Entlassungsbericht der Reha-/Akut-Klinik vor?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

d) Liegt ein aktuelles Belastungs-EKG vor?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

e) Ist die Trainingsherzfrequenz bei allen Patienten bekannt?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

f) Findet eine Abstimmung zwischen Arzt und Übungsleiter statt?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

g) Werden Vitalparameter und Befinden kontrolliert und protokolliert?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

h) Werden Zwischenfälle protokolliert und an den LVBPR gemeldet?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

i) Werden **Gesundheitsbildungsmaßnahmen der DGPR** angeboten?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------



9. Abrechnung mit den Kostenträgern

Die Abrechnung mit den Kostenträgern führen wir selbständig durch. ja

Die selbständige Abrechnung erfolgt bereits in digitaler Form bzw. auf elektronischem Weg. ja

oder

Die Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt über einen Dienstleister. ja

Name des Dienstleistungsanbieters

10. Organisation ohne permanente Arztanwesenheit

Wird ein Plan der Bereitschaft der Herzgruppenärzte und oder Rettungskräfte vorgehalten? ja nein

Ist dieser Plan allen Übungsleitern und Herzgruppenärzten, vor Beginn der Herzgruppen bekannt? ja nein

Übungsstätte

Übungstag/e

Namen der Ärzte und/oder Rettungskräfte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

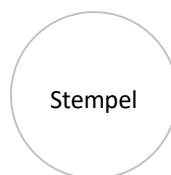


MELDEBOGEN ZUR MITGLIEDERENTWICKLUNG

für das angegebene Jahr oder bei Änderungen im laufenden Jahr.

Die zu meldenden Mitgliederzahlen sind mit Stand vom 31. Dezember anzugeben und bis zum 15. Januar des Folgejahres zurück zu senden.

Meldejahr



Name des Leistungserbringers (Verein) oder der Rehasportgruppe

IK-Nummer

Statistik:

Anzahl der Teilnehmer mit Verordnung

Anzahl der Rehasportgruppen

Anzahl der betreuenden Ärzte

Anzahl der betreuenden Übungsleiter

Versicherung:

Liegt für den Verein und die Teilnehmer eine Versicherung vor?

 ja nein**Abrechnung mit den Kostenträgern:**

Die Abrechnung mit den Kostenträgern führen wir selbständig durch.

gültig bis

 ja nein**oder**

Die selbständige Abrechnung erfolgt bereits in digitaler Form bzw. auf elektronischem Weg.

 ja nein

Die Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt über einen Dienstleister.

 ja nein

Name des Dienstleistungsanbieters

Seit wann sind Sie als Rehasportgruppe anerkannt?

Monat/Jahr



Abschließende Erklärung und Zustimmung zur Datenspeicherung

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/bestätigen wir, dass alle in diesem Stammbogen und dem Meldebogen zur Mitgliederentwicklung aufgeführten Angaben den aktuellen Informationen entsprechen. Etwaige unterjährige Änderungen werden von mir/uns unaufgefordert übermittelt. Ich stimme/Wir stimmen der Datenspeicherung im Rahmen der Mitgliedschaft im LVBPR, sowie der Weitergabe an die Kostenträger unter Einhaltung bestehender Datenschutzgesetze zu. Ebenso stimme ich/stimmen wir der Veröffentlichung der Kontaktdaten in Herzgruppenverzeichnissen (print und online) zu.

Datum

Name des Verantwortlichen für den Rehasport

Stempel

Unterschrift

Datum

Name des Herzgruppenarztes

Unterschrift

Ihre Informationen an
den LVBPR e.V.

Auszufüllen durch den LVBPR e.V.

Eingegangen am: _____

Geprüft am: _____ durch: _____

Bestätigt am: _____

Unterschrift
Vorstand des LVBPR e.V.

Gebühr eingezahlt am: _____



Landesverband Brandenburg
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.

Ergänzungen und Mitteilungen