



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 Sie uns den Zertifizierungsbogen bitte nicht per Fax zurück. Vergessen Sie bitte auch nicht, auf der letzten Seite zu unterschreiben. Sollte bei einzelnen Punkten nicht ausreichend Platz zum Ausfüllen sein, so können weitere Angaben formlos vorgenommen werden.

Bitte den Zertifizierungsbogen zurück senden an:

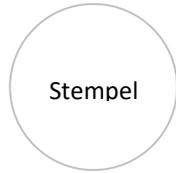
Landesverband Brandenburg
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.
Hr. Thomas Pohl
Ottilienstraße 61
03050 Cottbus

Kontakt:

Fon: +49 355 537643
E-Mail: info@lvbpr.de



1. Kontaktdaten des Leistungserbringers



Name des Leistungserbringers (Verein)

Straße

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

IK-Nummer

Telefonnummer des Leistungserbringers

Faxnummer des Leistungserbringers

Ansprechpartner(in) für den Rehasport beim Leistungserbringer *)

Telefon des Ansprechpartners/der Ansprechpartnerin *)

E-Mail des Ansprechpartners/der Ansprechpartnerin *)

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

2. angebotene Gruppen:

	Zertifizierung	Rezertifizierung
Herzgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienzgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetessport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung des Rehabilitationssport in Herzgruppen ohne die ständige Anwesen- heit eines Herzgruppenarztes in Abstimmung mit der Übungsleitung sowie nach Bedarf der Teilnehmer. (entsprechend PKT 11.3. der überarbeiteten Rahmen- vereinbarung (BAR) Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.01.2022) Dann zwingend in Pkt. 10 weiter unten ausfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antrag zur Durchführung von mehreren parallelen
Herzgruppen, in einer Übungsstunde, bei
Anwesenheit des Herzgruppenarztes.

ja

nein

Anzahl der Gruppen (maximal 3)

Übungsstätte

Übungstag



3. Übungsleiter/-in

Name des Übungsleiters/der Übungsleiterin

Lizenznummer

gültig bis

Name des Übungsleiters/der Übungsleiterin

Lizenznummer

gültig bis

Name des Übungsleiters/der Übungsleiterin

Lizenznummer

gültig bis

Nehmen die Übungsleiter/-innen regelmäßig an Fortbildungen teil?

ja

nein

4. Betreuende Ärzte/Ärztinnen der Herzgruppen

Name des des Arztes/der Ärztin

Name des des Arztes/der Ärztin

Name des des Arztes/der Ärztin

Nehmen die Ärzte/die Ärztinnen regelmäßig an Fortbildungen teil?

ja

nein

5. Notfallmanagement

Steht eine einsatzbereite Notfallsausrüstung (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? ja nein

7. Datenschutz

Werden die aktuellen Datenschutzrichtlinien eingehalten? ja nein

8. Dokumentation von Erst- und Kontrolluntersuchungen der Teilnehmer/-innen

Untersuchungsbogen des LVBPR (Medizinisches Teilnehmer-Datenblatt) ja nein

- ja nein
- Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer ja nein
- Hausarzt/Hausärztin ja nein
- Kardiologe/Kardiologin ja nein
- a) Findet ein Aufnahmegespräch durch den verantwortlichen Gruppenarzt/-ärztin statt? ja nein
- b) Liegt eine Verordnung mit Diagnose vor? ja nein
- c) Liegt ein Entlassungsbericht der Reha-/Akut-Klinik vor? ja nein
- d) Liegt ein aktuelles Belastungs-EKG vor? ja nein
- e) Ist der Trainingspuls bei allen Patienten bekannt? ja nein
- f) Findet eine Abstimmung zwischen Gruppenarzt/-ärztin und Übungsleiter/-in statt? ja nein
- g) Werden Vitalparameter und Befinden kontrolliert und protokolliert? ja nein
- h) Werden Zwischenfälle protokolliert? ja nein
- i) Werden **Gesundheitsbildende Maßnahmen und Beratung** (Vorträge, Gesprächsrunden) durch entsprechende Fachkräfte angeboten? ja nein



9. Abrechnung mit den Kostenträgern

Die Abrechnung mit den Kostenträgern führen wir selbständig durch.

 ja

Die selbständige Abrechnung erfolgt bereits auf 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

Übungsort

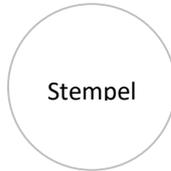
Übungstag/e



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 30. November des aktuellen Kalenderjahres 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/Ärztinnen

Anzahl der betreuenden Übungsleiter/-innen

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.

 ja nein

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

 ja nein

oder

Die Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt
über einen Dienstleister.

 ja nein

Name des Dienstleistungsanbieters

Seit wann sind Sie als Rehasportgruppe anerkannt?

Monat/Jahr



Übersicht der Übungsstätten und Termine der Übungsgruppen

Diese Seite darf bei Bedarf
vervielfältigt werden.

Bezeichnung der Übungsgruppe

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

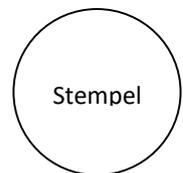


Abschließende Erklärung und Zustimmung zur Datenspeicherung

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/der Verantwortlichen
für den Rehasport



Unterschrift

Datum

Name des Herzgruppenarztes/
der Herzgruppenärztin

Unterschrift

Ihre Informationen an
den LVBPR e.V.

Auszufüllen durch den LVBPR e.V.

Eingegangen am: _____

Geprüft am: _____, durch: _____

Bestätigt am: _____

Unterschrift
1. Vorsitzende des LVBPR e.V.

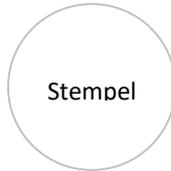
Gebühr eingezahlt am: _____



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 30. November des aktuellen Kalenderjahres 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/Ärztinnen

Anzahl der betreuenden Übungsleiter/-innen

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.

 ja nein

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

 ja nein

oder

Die Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt
über einen Dienstleister.

 ja nein

Name des Dienstleistungsanbieters

Seit wann sind Sie als Rehasportgruppe anerkannt?

Monat/Jahr



Übersicht der Übungsstätten und Termine der Übungsgruppen

Diese Seite darf bei Bedarf
vervielfältigt werden.

Bezeichnung der Übungsgruppe

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

Bezeichnung der Übungsgruppe

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Größe des Übungsraumes

Straße

Uhrzeit (von - bis)

PLZ

Ort (ggf. Ortsteil)

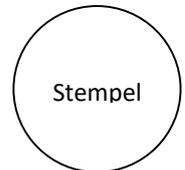


Abschließende Erklärung und Zustimmung zur Datenspeicherung

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/der Verantwortlichen
für den Rehasport



Unterschrift

Datum

Name des Herzgruppenarztes/
der Herzgruppenärztin

Unterschrift

Ihre Informationen an
den LVBPR e.V.

Auszufüllen durch den LVBPR e.V.

Eingegangen am: _____

Geprüft am: _____, durch: _____

Bestätigt am: _____

Unterschrift
1. Vorsitzende des LVBPR e.V.

Gebühr eingezahlt am: _____