**Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen**

1. **Allgemeine Angaben**

1.1. Verein/Träger:

1.2. Anschrift des Trägers:

1.3. *Ansprechperson*



1.4. *Ansprechperson* E-Mail: Tel. Nr.:

1.5. Institutionskennzeichen: 54

1. **Wir nutzen eine Abrechnungsstelle.**   Ja  Nein

2.1. Wenn ja: Name Abrechnungsstelle

2.2.Institutionskennzeichen Abrechnungsstelle:

1. **Sportunfallversicherung***+ ggf. Kopie Nachweis beifügen*

**Für Sportvereine/ LSB Mitglieder:**

3.1. Die Nichtmitglieder sind in unserer ARAG Versicherung (Verträge bis 2007) automatisch mitversichert:  Ja  Nein

3.2. Wir möchten unseren bestehenden VBRS- ARAG Gruppenvertrag um die folgende Anzahl Funktionstrainingsteilnehmer\*innen erweitern (2,27 EURO/ Person/ Jahr):

3.3. Wir haben keine zusätzlichen Nichtmitglieder:  Ja  Nein

**Für Nicht- Vereine:**

* 1. Wir möchten unseren bestehenden VBRS- ARAG- Gruppenvertrag um die folgende Anzahl Funktionstrainingsteilnehmer\*innen erweitern (3,90 EURO/ Person/ Jahr):
  2. Die Teilnehmer\*innen im Funktionstraining sind anderweitig mitversichert:

Ja  Nein

1. **Angaben zum Angebot**

3.1. Anerkennung der Gruppe beantragt ab:

3.2. Art des Angebots: Trockengymnastik  Wassergymnastik

Wochentag: Uhrzeit: von bis Uhr

Wochentag: Uhrzeit: von bis Uhr

3.3. Name der Sportstätte:

Straße: Ort: PLZ:

* 1. Wie groß ist die Trainingsfläche in m²?

*Vorgabe: 5 m² /Teilnehmer\*in (TN) im Trockenen* ***|*** *3 cm² /TN im Wasser*

°C

*4.4.1. Nur bei Wassergymnastik***:** Wassertemperatur:

5. Ist eine Erste-Hilfe-Ausstattung vorhanden?  Ja  Nein

6. Stehen funktional einsetzbare Sportgeräte zur Verfügung?  Ja  Nein

7. Besteht eine Barrierefreiheit?  Ja  Nein

8. Teilnehmerkreis: Geschlecht und Indikationsbereich

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Geschlecht** |  |  | **Zielgruppe/ Indikationsbereich** |
|  | gemischt |  | Orthopädie allgemein |
|  | nur Frauen / divers | **oder** reine Gruppe mit Ausrichtung: | |
|  | nur Männer/ divers |  |  | |
|  |  |  |  | Osteoporose |
|  |  |  |  | Rheumatischer Formenkreis |

1. **Angaben zur Übungsleitung:**

9.1. Name Übungsleiter:

* 1. Die Bescheinigung(en) „Berechtigung zur Leitung von Funktionstrainingsgruppen“ sind vorhanden & hängen dem Antrag an: :  Ja  Nein  teilweise

**Bei „Ja“ geht es jetzt weiter zu Punkt 10!**

* 1. Die Bescheinigung(en) „Berechtigung zur Leitung von Funktionstrainingsgruppen“ soll hiermit beantragt werden, für (Name(n):

9.4. folgende Qualifikationsnachweise liegen bereits vor oder hängen dem Antrag an:

1. Grundqualifikation wie z.B. Übungsleiter\*in B Rehabilitation, Physio- Ergotherapeut\*in, etc.:  Ja
2. Teilnahmebescheinigung Basislehrgang Funktionstraining mit 15 Lehreinheiten:  Ja

ggf. C) Teilnahmebescheinigung 15 weitere Lehreinheiten: Gesundheitssport/ Präsenz/ max. 12 Monate alt:  Ja

1. **Nachhaltigkeit**

Nach Ablauf der Ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können.

Bitte Angebot(e) eintragen:

1. **Datenschutz**

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG** zur Datenerhebung, -Speicherung und Weitergabe entsprechend der aktuellen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.

Nur bei Erstbeantragung zu unterschreiben:

X // X X

Ort/ Datum/ **Unterschrift Ansprechperson** Ort/ Datum/Name & **Unterschrift Übungsleitung(en)**

**12) Erklärung:**

Wir erklären,

-dass wir nur separate Funktionstrainingsgruppen einrichten werden. Hier können nur Teilnehmer mit einer Verordnung für Funktionstraining oder Vereinsmitglieder teilnehmen.

-dass Nichtmitglieder in diese Gruppe aufgenommen werden, sofern Sie eine Verordnung für Funktionstraining vorweisen

- dass wir das standardisierte Beratungsprotokoll oder eine gleichwertige Alternative einsetzen

- dass wir keine technischen Geräte (Milon etc.) in der Übungseinheit einsetzen werden

-dass wir uns an die aktuellen Vorgaben hinsichtlich der Durchführung und Finanzierung von Funktionstraining = die Rahmenvereinbarung und die Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung, halten werden

X / /

Datum, Ort, **Unterschrift vertretungsberechtigte Person**