

Absicherung der Notfallsituation

(Anlage zum Antrag auf Anerkennung von Herzgruppen im Rehabilitationssport nach §64 SGB IX)



G1.2

Zur ordnungsgemäßen Durchführung der Angebotsformen „Sport in Herzgruppen“ und „Sport in Herzinsuffizienzgruppen“ ist die Angabe eines Arztes bzw. einer Ärztin, der*die die **Verantwortung** für die Herz- oder Herzinsuffizienzgruppe übernimmt, verpflichtend (siehe Formular G1.1). Dazu zählen ebenfalls die Angaben zur **Absicherung der Notfallsituation**, welche im Falle einer Herzgruppe auch durch anderweitig qualifiziertes Personal geleistet werden kann. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Daten dieser Personen aufzunehmen und sich die unten aufgeführten Punkte bestätigen zu lassen.

Verein	Verein		NTB-Vereinsnr.	
Ansprechperson	Vorname		Nachname	
	Telefon		E-Mail	
Angebot	Angebotsform		IK (Angebot / Verein)	
	Übungsstätte		Übungsleitung	
	Wochentag		Uhrzeit (Beginn)	
Arzt / Ärztin / Rettungskraft	Titel und Name			
	Anschrift			
	Telefon		E-Mail	
	Qualifikation			

Absicherung im Falle der ständigen Bereitschaft:

- Ich versichere die **lückenlose Erreichbarkeit** durch die Übungsleitung.
- Im Falle einer Notfallsituation versichere ich, **unverzüglich** nach Aufforderung der Übungsleitung an der Übungsstätte einzutreffen. Hier müssen die regionalen Hilfsfristen beachtet werden.
- Der verantwortliche Herzgruppenarzt bzw. die verantwortliche Herzgruppenärztin muss im Falle der nicht ständigen Anwesenheit mindestens **alle 6 Wochen anwesend** sein.

Versicherungsschutz:

- Der Sportversicherungsvertrag des LSB / NFV wurde um die Möglichkeit der ständigen Bereitschaft und der Einsatzmöglichkeit von anderweitigem Rettungspersonal erweitert, sodass für das o.g. Angebot **Versicherungsschutz sowohl für Ärzte und Ärztinnen sowie für Rettungskräfte** besteht.

Einwilligung zur Datenverarbeitung:

- Ich bin damit einverstanden, dass die **Daten** zur ärztlichen Betreuung sowie zur Absicherung der Notfallsituation an den anerkennenden Verband **weitergeleitet** und dort für die Dauer der Anerkennung **gespeichert** werden. Diese Einwilligungserklärung erfolgt **freiwillig** und kann mit der Folge, dass eine Anerkennung der Gruppe nicht möglich ist, verweigert werden.

Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin / Rettungskraft

-Zum Verbleib im Verein. Bitte Aufbewahrungsfristen beachten-