



Verein			
Ansprechperson für den Rehabilitationssport im Verein	Vorname, Name,	NTB-Vereinsnummer	
	Telefon	Institutionskennzeichen	
	E-Mail		

Hiermit versichern wir, dass die Rehabilitationssportgruppen des oben genannten Vereins im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in Seiner gültigen Fassung zu betreuen oder zu überwachen. Dazu gehört:

Die Teilnehmer*innen und die Übungsleitung bei Bedarf zu beraten.
 Die verordnende bzw. behandelnde ärztliche Person der Teilnehmenden über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.

Zusätzlich bei der Betreuung von Herzsportgruppen (entsprechend der Neuregelungen zum Herzsport vom 4. August 2021)

Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person abgestimmt wurden, festlegen, ggf. der Übungsleitung entsprechende Anweisungen erteilen.

Bei nicht ständiger Anwesenheit im Herzsport:

Auf Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmer*innen und in Abstimmung mit der Übungsleitung, **mindestens jedoch alle sechs Wochen, die persönliche Anwesenheit** beim Übungsbetrieb **sicherzustellen**.

Angaben zur ärztlichen Betreuung

Titel, Vorname, Name	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	E-Mail
Fachrichtung/ Zusatzbezeichnung	

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zur ärztlichen Betreuung an den Anerkennenden Verband weitergeleitet und dort für die Dauer der Anerkennung gespeichert werden (notwendig zur Anerkennung der Gruppe)!

Datum: _____

_____ Stempel/Unterschrift ärztliche Betreuung

-Zum Verbleib im Verein. Bitte Aufbewahrungsfristen beachten-