

# Antrag auf Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von

## Rehabilitationssport nach § 64 (früher §44) SGB IX

VL

Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Vereins/ örtlichen Trägers:

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

\_\_\_\_\_

2. Ansprechpartner/in des Vereins /örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email):

\_\_\_\_\_

3. Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

Vereinskennziffer: \_\_\_\_\_

4. Abrechnung über Abrechnungsstelle/Trägerverband:  nein

wenn ja, Beginn/Ende der Beauftragung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

wenn ja, Name der Abrechnungsstelle/ Trägerverbandes:

\_\_\_\_\_ IK Nr: \_\_\_\_\_

5. Die vorgelegten Angaben zu den bereits bestehenden Anerkennungen

wurden ergänzt bzw. korrigiert (bitte als Anlage beifügen)

bleiben unverändert.

### 6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 (früher §44) SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner/in) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und die erhobenen Daten (in vollem Umfang) für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/ ggfls. Vereinsstempel: \_\_\_\_\_  
(bevollmächtigter des Vereins/örtlichen Trägers)