



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



1. Allgemeine Angaben

1.1 Verein/Träger: _____

1.2 Anschrift des Trägers: _____
(Straße, PLZ, Bezirk)

1.3 Kommunikation: _____
(Telefon, Email)

1.4 Institutionskennzeichen: _____

2. Unfallversicherungsschutz

2.1 Eine Unfallversicherung für Mitglieder ist abgeschlossen: Ja Nein

2.2 Eine Unfallversicherung für Nichtmitglieder ist abgeschlossen: Ja Nein

2.3 Wenn noch kein Unfallversicherungsschutz für Nichtmitglieder besteht, wird er abgeschlossen, sobald erstmals ein Nichtmitglied an den Übungseinheiten teilnimmt: Ja Nein

3. Angaben zum Angebot

3.1 Name/Bezeichnung des Angebots: _____

3.2 Ansprechpartner: _____
(Name, Vorname, Rufnummer)

3.4 Anerkennung der Gruppe beantragt am / ab: _____

3.5 Art des Angebots: Trockengymnastik Warmwassergymnastik

Wochentag: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____ Uhr

Wochentag: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____ Uhr

3.6 Name der Sportstätte: _____

Straße: _____ PLZ: _____

Bezirk: _____



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



3.7 An der Gruppe nehmen teil (Teilnehmerkreis)

	Geschlecht		Anzahl
	Männer/ Jungen		bis 15 Erwachsene
	Frauen/ Mädchen		bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene
	gemischt		bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres

3.8 Indikationsbereich/ Zielgruppe (bitte Hauptzielgruppe ankreuzen)

	Orthopädie		Neurologie
	Wirbelsäulen-/ Haltungsschäden		Cerebrale Bewegungsstörungen
	Osteoporose		Parkinson
	Morbus Bechterew		Schlaganfall
	Gelenkschäden		Poliomyelitis
	Amputationen/ Gliedmaßenschäden		Multiple Sklerose
	Endoprothesen		Spina Bifida
	Sonstige		Epilepsie
			Querschnittlähmung
			Sonstige

4. Angaben zur personellen Voraussetzungen

4.1 Übungsleiter:

4.2 Anschrift:
(Straße, Hausnummer, PLZ, Land)

4.3 Berufsabschluss:
(Bitte Kopie des Nachweises beifügen!)

4.4 Qualifikation/ Zusatzausbildung:.....
(Bitte Kopie des Nachweises beifügen!)

5. Ärztliche Betreuung / Beratung der Funktionstrainingsgruppen

Angaben zum betreuenden/beratenden Arzt der Übungsgruppe (falls vorhanden)

Name:.....

Anschrift:.....

Telefon:.....



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



6. Angaben zur Notfallversorgung

6.1 Nächster erreichbarer Arzt: _____

6.2 Nächstes Krankenhaus: _____

Angaben zum Qualitätsmanagement (freiwillige Angaben)

7. Dokumentation

7.1 Dem Angebot liegt eine Planung zu Grunde Ja Nein

7.2 es wird eine Teilnehmerliste geführt Ja Nein

7.3 Wo kann diese eingesehen werden? _____

7.4 Übungseinheiten werden dokumentiert/
Besonderheiten werden vermerkt Ja Nein

8. Nachhaltigkeit

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

Ja Nein in Vorbereitung

9. Angaben zu räumlichen Voraussetzung/Ausstattung der Übungsstätten

9.1 Größe der Übungsstätte: _____m²

9.2 Warmwassertraining Größe des Beckens: _____m²

9.3 Wassertemperatur: _____c°

9.4 Sanitäre Anlagen sind vorhanden Ja Nein

9.5 eine vollständige und einsatzfähige
Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden Ja Nein

9.6 Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung
 Ja Nein

9.7 Der Zugang zur Sportstätte ist
(Einteilung nach wheelmap.org)

barrierefrei
 teilweise barrierefrei
 nicht barrierefrei



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Funktionstrainingsgruppen



Behinderten Sportverband Berlin

Erklärung (muss unterschrieben werden):

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 Gruppen aufgenommen werden, sofern Sie eine Verordnung für Funktionstraining vorweisen
- der Leiter der Gruppe verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Fortbildung zum Funktionstraining, sowie zur Teilnahme an Qualitätszirkeln (ca. 1 x/Zertifizierungszeitraums)
- dass wir bei Beratungsgesprächen das Beratungsprotokoll BF verwenden

Zusätzlich fügen wir diesem Antrag einen Rahmenplan für die beantragte Gruppe bei.

Unterschrift & Stempel Vertreter/in des Vereins

Unterschrift Übungsleiter/in