

## Bestandsmeldung neuer Verein

Sehr geehrte Damen und Herren,

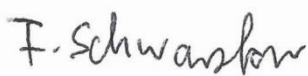
wir möchten Sie bitten, die Bestandsmeldung für **2023** auszufüllen, damit wir die **Zertifikate** für die Abrechnung mit den Krankenkassen erstellen und Ihnen zusenden können. Bitte **kontrollieren** Sie die **beiliegenden Übersichten zu Ihren Gruppen**. Auf unserer Homepage <https://www.herzintakt.net/patienten/suche-nach-rehaangeboten/> oder unter [www.rehasport-sh.de](http://www.rehasport-sh.de) sind ebenfalls alle Angebote hinterlegt.

- Bei Ihren Gruppen gibt es **keine** Änderungen (z.B.: Ort, Tag, Uhrzeit, Übungsleiter, Arzt, Kontaktdaten, usw.): → **Bitte nur Seite 2 ausfüllen.**
- Bei Ihren Gruppen gibt es **Änderungen** (z.B.: Ort, Tag, Uhrzeit, Übungsleiter, Arzt, Kontaktdaten, usw.):  
→ **Änderungen bitte in den beiliegenden Übersichten eintragen (handschriftlich).**  
→ **Für neue ÜbungsleiterInnen & ÄrztInnen/ Rettungskräfte bitte die beiliegenden Anlagen ausfüllen.**
- Sie möchten neue **Gruppen gründen**: → **Bitte Seite 5 ausfüllen und ggf. neue ÜbungsleiterInnen & ÄrztInnen/ Rettungskräfte mit den beiliegenden Anlagen anmelden.**

Sollten Sie planen, in den Herzgruppen die **Arztanwesenheit** gemäß der neuen BAR- Rahmenvereinbarung anzupassen, melden Sie sich bitte umgehend bei uns. Die entsprechenden **Formulare** lassen wir Ihnen dann zukommen. Auch hier sind Sie laut BAR- Rahmenvereinbarung zur Meldung von Änderungen verpflichtet.

Bitte schicken Sie die Dokumente per Mail oder Post an die o.g. Kontaktdaten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads 'F. Schwarzlow'.

Finn Schwarzlow

**Verwaltungssitz**  
**Geschäftsstelle**  
**Patientenberatung**  
**Fax**  
**Mail**  
**Internet**  
**Vorstand § 26 BGB**

Kührener Straße 30 · 24211 Preetz  
04342 - 903 440 6  
04342 - 903 440 7  
04342 - 903 440 8  
info@herzintakt.net  
www.herzintakt.net  
Dr. med. Friedrich Schroeder, Horst Theede, Dr. Reinhard Knof  
(jeweils zu zweit vertretungsberechtigt)

**Vereinsstz**  
**Vereinsregister**  
**Finanzamt Kiel**  
**Bankverbindung**  
**apoBank**

Beim Landessportverband SH e.V.  
Winterbeker Weg 49 · 24114 Kiel  
Amtsgericht Kiel, VR 3787 KI  
20 292 80045  
IBAN DE40 3006 0601 0005 2825 43  
BIC DAAEDEDXXX

# BESTANDSMELDUNG 2023 – Bitte zurück per FAX/ E-Mail/ Post

04342-9034408

schwarzlow@herzintakt.net

Verein/Institution:

Institutionskennzeichen:

**Gesamtanzahl der Gruppen des Vereins:**

a) Anzahl der Herzgruppen: \_\_\_\_\_ Anzahl der Teilnehmer gesamt: \_\_\_\_\_

**Für Vereine, die auch Rehasport bei uns gemeldet haben:**

(Orthopädie, Diabetes, Niere, PAVK, Lunge etc).

b) Anzahl der Rehasportgruppen: \_\_\_\_\_ Anzahl der Teilnehmer gesamt: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, dass wir folgende Richtlinien gelesen haben, diese anerkennen und gemäß diesen Richtlinien handeln und dokumentieren (in der jeweils gültigen Fassung):

1. Die Richtlinie der DGPR zur Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen und Rehabilitationsgruppen
2. Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining
3. Vereinbarung zur Durchführung *des Rehabilitationssports als ergänzende Leistung nach § 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX vom 1. Januar 2016 zwischen DRV Bund, DBS, DOSB und DGPR*
4. BAR Qualifikationsanforderungen für Übungsleiter
5. Jeweilige Vereinbarungen mit den regionalen Primärkassen und Rentenversicherungsträgern.

## **Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe**

Träger von Herzgruppen und Rehabilitationssportgruppen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer vertraglichen Vereinbarungen Vereins- und Gruppendaten anzugeben, die bei den anerkennenden Stellen gespeichert und aus Abrechnungs-, Informations- und statistischen Gründen an die jeweiligen Rehabilitationsträger übermittelt werden.

Alle Mitarbeiter haben die Einwilligungserklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterschrieben.

Ort und Datum

Unterschrift des Vereins

vertretungsberechtigt nach §26 BGB

Vereinsstempel

**Arztstammblatt für Herzgruppenärzte des Trägers**

(pro Arzt bitte ein Stammblatt verwenden; ggf. vor dem Ausfüllen kopieren)

Anrede .....

Titel .....

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ .....

Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

eMail .....

Fachrichtung.....

Ich betreue Herzgruppen bei folgenden weiteren Trägern:

.....

.....

**Einwilligungserklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz**

Gemäß § 35 SGB I i.V.m. 2. Kapitel des SGB X unterliegen Sozialdaten einem besonderen Schutz. Diese sind für Dritte unzugänglich aufzubewahren. Personen, die mit Sozialdaten arbeiten, unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht. Dies sind in der Regel alle Personen, die in den Bereichen „Abrechnung“, „Beratung“ und „Teilnehmerverwaltung“ tätig sind.

Zu den Sozialdaten im Rehabilitationssport zählen insbesondere:

- ärztliche Befunde
- Diagnosen
- versichertenbezogene Daten wie Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer etc.

die im Antrag, der ärztlichen Verordnung, auf den Abrechnungsunterlagen sowie auf weiteren medizinischen Unterlagen enthalten sind. Hiermit erkläre ich, Sozialdaten vor fremden Zugriff zu schützen und sicher aufzubewahren. Die Sozialdaten werden ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung mit den Rehabilitationsträgern und zur Teilnehmerdokumentation im Rahmen des Rehabilitationssports verwendet. Die entsprechenden Hinweise hierzu in der Richtlinie der DGPR zur Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen und Rehabilitationssportgruppen und deren Anerkennung (Abschnitt 2.13) habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
**Datum, Ort, Unterschrift des Herzgruppenarztes**

**Übungsleiterstammblatt für Herzgruppenübungsleiter des Trägers**

(pro Übungsleiter bitte ein Stammblatt verwenden; ggf. vor dem Ausfüllen kopieren)

Anrede .....  
Name .....  
Vorname .....  
Straße .....  
PLZ .....  
Ort .....  
Geburtsdatum .....  
Telefon .....  
eMail .....

**Übungsleiter-Lizenz**

Lizenzgeber .....  
Lizenzbezeichnung .....  
Lizenznummer .....  
gültig bis .....

Ich betreue Herzgruppen bei folgenden weiteren Trägern:

.....

**Einwilligungserklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz**

Gemäß § 35 SGB I i.V.m. 2. Kapitel des SGB X unterliegen Sozialdaten einem besonderen Schutz. Diese sind für Dritte unzugänglich aufzubewahren. Personen, die mit Sozialdaten arbeiten, unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht. Dies sind in der Regel alle Personen, die in den Bereichen „Abrechnung“, „Beratung“ und „Teilnehmerverwaltung“ tätig sind.

Zu den Sozialdaten im Rehabilitationssport zählen insbesondere:

- ärztliche Befunde
- Diagnosen
- versichertenbezogene Daten wie Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer etc.

die im Antrag, der ärztlichen Verordnung, auf den Abrechnungsunterlagen sowie auf weiteren medizinischen Unterlagen enthalten sind. Hiermit erkläre ich, Sozialdaten vor fremden Zugriff zu schützen und sicher aufzubewahren. Die Sozialdaten werden ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung mit den Rehabilitationsträgern und zur Teilnehmersdokumentation im Rahmen des Rehabilitationssports verwendet. Die entsprechenden Hinweise hierzu in der Richtlinie der DGPR zur Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen und Rehabilitationssportgruppen und deren Anerkennung (Abschnitt 2.13) habe ich zur Kenntnis genommen.

.....

**Datum, Ort, Unterschrift des Herzgruppen-Übungsleiter**

**Erforderliche Qualifikationen für die Absicherung in Notfallsituationen:**

1. Arzt/Ärztin mit praktischen Erfahrungen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
2. Physician Assistant mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
3. Rettungsassistent bzw. -assistentin
4. Notfallsanitäter bzw. -sanitäterin
5. Rettungssanitäter bzw. -sanitäterin mit mindestens einjähriger Berufserfahrung im Anschluss an die Ausbildung mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
6. Fachkrankenpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie.

**Rettungskraftstammblatt für Herzgruppenärzte des Trägers**

(pro Rettungskraft bitte ein Stammblatt verwenden; ggf. vor dem Ausfüllen kopieren)

Anrede .....

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ .....

Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

eMail .....

Berufsbezeichnung (bitte Nachweis beifügen) .....

Ich betreue Herzgruppen bei folgenden weiteren Trägern:

.....

.....

**Einwilligungserklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz**

Gemäß § 35 SGB I i.V.m. 2. Kapitel des SGB X unterliegen Sozialdaten einem besonderen Schutz. Diese sind für Dritte unzugänglich aufzubewahren. Personen, die mit Sozialdaten arbeiten, unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht. Dies sind in der Regel alle Personen, die in den Bereichen „Abrechnung“, „Beratung“ und „Teilnehmerverwaltung“ tätig sind.

Zu den Sozialdaten im Rehabilitationssport zählen insbesondere:

- ärztliche Befunde
- Diagnosen
- versichertenbezogene Daten wie Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer etc.

die im Antrag, der ärztlichen Verordnung, auf den Abrechnungsunterlagen sowie auf weiteren medizinischen Unterlagen enthalten sind. Hiermit erkläre ich, Sozialdaten vor fremden Zugriff zu schützen und sicher aufzubewahren. Die Sozialdaten werden ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung mit den Rehabilitationsträgern und zur Teilnehmerdokumentation im Rahmen des Rehabilitationssports verwendet. Die entsprechenden Hinweise hierzu in der Richtlinie der DGPR zur Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen und Rehabilitationssportgruppen und deren Anerkennung (Abschnitt 2.13) habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
**Datum, Ort, Unterschrift der Rettungskraft**