



Bestandserhebung – Stichtag 31.12.

Bitte bis Ende Dezember zurücksenden!

Elektronisches Formular (ohne Unterschrift) wird vorab per E-Mail erbeten

01. Träger der Herzgruppe(n):

anerkannt seit (Monat/Jahr):

Homepage (falls vorhanden):

Institutionskennzeichen (IK):

ggf. beauftragte Abrechnungsstelle:

02. AnsprechpartnerIn der Herzgruppe(n) im Verein (mit genauer Adresse):

Name:

Telefon (tagsüber):

Vorname:

Telefax:

Straße:

E-Mail:

PLZ/Ort:

03. Verantwortliche(r) Ärztin/Arzt: (für Newsletter-Versand bitte mit E-Mail)

Name:

Telefon (tagsüber):

Vorname:

Telefax:

Straße:

E-Mail:

PLZ/Ort:

04. Weitere betreuende ÄrztInnen/Rettungskräfte:

(Nur bei vollständiger Adresse ist eine Zustellung von Rundschreiben und / oder Newslettern möglich, A = Arzt/Ärztin, R = Rettungskraft)

a.) Name:

Titel/Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Funktion:

A

R

b.) Name:

Titel/Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Funktion:

A

R

c.) Name:

Titel/Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Funktion:

A

R

weitere betreuende ÄrztInnen/Rettungskräfte bitte ggf. auf gesondertem Blatt

05. ÜbungsleiterInnen mit 2. Lizenz-Stufe oder Qualifikationsnachweis (Q) „Sport in Herzgruppen“:

(bitte unbedingt ankreuzen!)

Name/Vorname/E-Mail:

Lizenz

Q

Name/Vorname/E-Mail:

Lizenz

Q

Name/Vorname/E-Mail:

Lizenz

Q

Name/Vorname/E-Mail:

Lizenz

Q

weitere ÜbungsleiterInnen bitte ggf. auf gesondertem Blatt

06. ÜbungsleiterInnen mit 2. Lizenz-Stufe „Sport in der Prävention: Profil: Herz-Kreislauf“:

(nur bei Angabe der E-Mail-Adresse ist eine Zustellung von E-Mail-Newslettern möglich)

Name/Vorname/E-Mail:

Name/Vorname/E-Mail:

weitere ÜbungsleiterInnen bitte ggf. auf gesondertem Blatt

07. Zahl der Herzgruppen 08. Zahl der Herzinsuffizienzgruppen 10. Zahl der Präventionsgruppen:
 gem. Qualitätssiegel SPORT PRO
 GESUNDHEIT „Profil: Herz-Kreislauf“

davon Übungsgruppen: Teilnehmer gesamt:¹ Teilnehmer gesamt:²
 Nicht geplant
 Angebot in Vorbereitung

Trainingsgruppen:

Gemischte Gruppen: 09. Zahl der Nachfolgegruppen:

Teilnehmer gesamt:¹ Teilnehmer gesamt:¹

^{1/2} In der Bestandserhebung an den Landesverband sind alle Teilnehmer zu melden – unabhängig davon, ob sie a) Vereinsmitglied sind oder nicht und/oder b) die Teilnahme von den Kostenträgern vergütet wird oder auf eigene Kosten erfolgt.
 In der Bestandserhebung an Ihren regionalen Sportbund sind alle Vereinsmitglieder zu Ziffer 7, 8, 9,10 in der Spalte 87 (LV/Herz-Kreislauf) zu melden.

11. Angaben zu den Übungsveranstaltungen

(zusätzliche Pflichtangaben für die Übermittlung an die Kostenträger gemäß Vereinbarung Rehasport 2011 – DGPR – vdek, § 3 Abs. 4).

HG	Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort)							Notfallabsicherung*
	Name	Straße	PLZ	Ort	Tag	Uhrzeit von/bis		
HG 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
HG 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
HG 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
HG 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
HG 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*Bitte geben Sie je Herzgruppe an, wie die Notfallabsicherung überwiegend gewährleistet wird.
 Weitere Herzgruppen bitte ggf. auf gesondertem Blatt

HIG 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	In HIG muss der Arzt ständig anwesend sein.
HIG 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Weitere Herzinsuffizienzgruppen ggf. auf gesondertem Blatt

12. Absicherung Notfallsituationen: Wir haben die optionalen Regelungen zur Absicherung in Notfallsituationen in Herzgruppen (BAR-Rahmenvereinbarung, Ziffer 11.4) gelesen und akzeptieren diese (bitte ankreuzen). Hinweis: In Herzinsuffizienzgruppen ist gem. Ziffer 11.2 die ständige Anwesenheit des Arztes erforderlich.

13. Erklärungen

Hiermit erkennen wir die Qualitätskriterien des Landesverbandes, die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2022 sowie die Vereinbarungen zur Durchführung des Rehabilitationssports zur Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen in vollem Umfang an und verpflichten uns zu deren Einhaltung. Uns ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Herzgruppe führen kann.

Wir verpflichten uns, evtl. relevante Veränderungen der vorgemachten Angaben dem Landesverband zeitnah mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die Angaben (zu den Punkten 1, 2 und 10) zur Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Herzgruppenverzeichnisse im Internet oder als Printversion) verwendet werden.

Datum / Ort

Datum / Ort

Rechtsverbindliche Unterschrift des/der
verantwortlichen Arztes/Ärztin

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers