

Bitte senden an den: Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V.
Ferd.-Wilh.-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer Funktionstraining

I. Angaben zum Träger

1. Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Internet: _____

2. Institutionskennzeichen: _____

3. Mitgliedschaft in einem/r übergeordneten Verband/Organisation?

ja nein
wenn ja, wo: BSN anderer

II. Angaben zum Funktionstraining

1. Gruppenname: _____

2. Ansprechpartner/in der Gruppe:

Vorname/Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

3. Indikationen: _____

4. Art der Gruppe?

Wassergymnastik Trockengymnastik

Sonstiges

Kindergruppe: ja nein

5. Gruppengröße: _____

max. Teilnehmerzahl je Übungsleiter/-in:

Funktionstrainingsgruppe 15

Kindergruppe 10

Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

III. Angaben zu der Übungsveranstaltung

1. Name/Anschrift der Übungsstätte:

2. Wochentag/Uhrzeit: _____

3. Dauer (in Minuten): _____

4. Persönliche Angaben zum(r) Leiter/in der Gruppe:

Vorname/Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

5. Qualifikation des Leiters/der Leiterin: _____
(Kopie der Berufsqualifikation beifügen)

Zusatzqualifikation: _____ (Kopie beifügen)

ausgestellt am: _____

ausgestellt durch: _____

IV. Angaben zu den räumlichen Voraussetzungen

1. Übungsstätte: _____

Art (Turnhalle, Schwimmbad etc)

2. Wassergymnastik:

ja nein

wenn ja, Größe des Therapiebeckens:

Wasserwärme:

3. Trockengymnastik:

ja nein

wenn ja, Größe des Therapieraumes:

Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

4. Geräteausstattung (getrennt nach Wasser- und Trockengymnastik):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

5. Hilfsmittel

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

V. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

Abgeschlossene Unfallversicherung:

ja nein

wenn ja, Versicherungsgesellschaft:

(Versicherungsschein* muss in Kopie dem Antrag beigelegt werden)

* nur bei Versicherung für Nichtvereinsmitglieder

VI. Angaben zur Notfallversorgung

1. Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen?

ja nein

wenn ja, Telefon Handy

Rufnummer: _____

Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

2. Nächst erreichbare(r) Arzt/Ärztin:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

3. Nächstes Krankenhaus:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

VII. Dokumentation

1. Wird eine Teilnehmerliste geführt?

ja nein

Wo kann diese eingesehen werden?

Name: _____

Anschrift: _____

2. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert? (Besondere Vorkommnisse etc.)

ja nein

Wo kann die Dokumentation eingesehen werden?

Name: _____

Anschrift: _____

Bitte beachten Sie, dass eine zügige Bearbeitung nur dann möglich ist, wenn der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist und alle Anlagen beiliegen.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel