

**Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin / dem betreuenden/überwachenden Arzt**

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Tel./Fax/Email: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

2. Betreuer Verein / betreute Gruppe(n): \_\_\_\_\_

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o. g. Vereins / die Rehabilitationssportgruppe(n) im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 zu betreuen und zu überwachen.

Hierzu gehören:

a. Allgemein:

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen bei Bedarf während der Übungsveranstaltung zu beraten
- Die/den behandelnde(n)/verordnende(n) Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist

b) Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurde, festzulegen

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt