

## Einverständniserklärung zur Anerkennung von Rehasport-Gruppen durch Herz InForm

**Bitte je eine Einverständniserklärung pro angemeldete Rehasport-Gruppe**

Für Rehasport-Gruppe: \_\_\_\_\_

Reha-Angebots-Träger: \_\_\_\_\_

Institutions-Kennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_ postalisch  online

Wir bestätigen, dass alle in das beantragte Rehasport-Angebot involvierten Personen von Seiten des Angebot-Trägers, im speziellen die Übungsleitung und der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin die *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining* sowie die die *Aufklärung hinsichtlich Vertragsverstößen* gelesen haben und diese einhalten werden.

Eine Betreuungsvereinbarung mit dem Arzt/der Ärztin, welche/r für die angemeldete Rehasport-Gruppe zuständig ist, sowie eine Berufs-/Betriebshaftpflichtversicherung für den Rehasport (der Rehasport-Träger ist Versicherungsnehmer und das "Risiko" Rehabilitationssport ist in der Versicherungspolice benannt) liegen dem Rehasport-Träger vor.

Die bevollmächtigte Person des Angebots-Trägers bestätigt zudem, dass die *Vertragsgrundlagen für die Anerkennung von Rehasport durch Herz InForm* (Stand \_\_\_\_\_) akzeptiert und beachtet werden.

Wir erteilen Herz InForm hiermit unsere Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Datennutzung aller getätigten Angaben und Adressen im Hinblick auf die Anerkennung und Tätigkeit als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Herz InForm verpflichtet sich, keine Daten an Dritte weiter zu geben, es sei denn dieses ist ggf. im Rahmen der Abrechnung mit den Kostenträgern notwendig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift und Stempel eines dazu Bevollmächtigten des Rehasport-Gruppen-Trägers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Übungsleiters/der Übungsleiterin der beantragten Rehasport-Gruppe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des/r zuständigen Arztes/Ärztin der beantragten Rehasport-Gruppe