

Anerkennungsbogen für Herzinsuffizienzgruppen

Erst-Anerkennung

Folge-Anerkennung

1. Trägerverein der Herzinsuffizienzgruppe(n):

Anschrift:

Geschäftszeiten:

Telefon:

Email:

Institutionskennzeichen:

Homepage:

2. Kontaktperson für die Landesorganisation:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Email:

3. Angaben zu(r) Herzinsuffizienzgruppen(n):

	Namen Übungsleiter*innen	Namen Ärzt*innen	Übungsstätte (Name, Anschrift, Fläche in qm ²)	Übungszeit	Anerkannt seit
HIG 1					
HIG 2					
HIG 3					
HIG 4					
HIG 5					
HIG 6					

4. Betreuende Übungsleiter*innen:

	Name Übungsleiter*in	Adresse	Email	Telefon	Ende des Qualifikations- Nachweises
ÜL 1					
ÜL 2					
ÜL 3					
ÜL 4					
ÜL 5					
ÜL 6					
ÜL 7					
ÜL 8					
ÜL 9					
ÜL 10					
ÜL 11					
ÜL 12					
ÜL 13					
ÜL 14					

5. Betreuende Ärzt*innen:

	Name Arzt/Ärztin	Adresse	Email	Telefon
Ä 1				
Ä 2				
Ä 3				
Ä 4				
Ä 5				
Ä 6				
Ä 7				
Ä 8				
Ä 9				
Ä 10				
Ä 11				
Ä 12				
Ä 13				
Ä 14				
Ä 15				

6. Bitte auf folgende Rahmenbedingungen achten:

- A. Raumgröße mindestens 5 m² pro Teilnehmenden
- B. Deckenhöhe von mindestens 2,50 m
- C. max. Teilnehmerzahl: 12 Personen
- D. Kostenfreie Bereitstellung von Umkleidekabinen und Sanitären Anlagen
- E. Mindestausstattung an Sportgeräten (z.B. Turnmatten, Therabänder etc.) entsprechend dem beiliegenden Positionspapier "Die Herzinsuffizienzgruppe" der DGPR
- F. Verordnungsumfang:
 - a. Erstverordnung: 90 Übungseinheiten in 24 Monaten
 - b. Weiterverordnung: 45 Übungseinheiten in 12 Monaten
- G. Dauer je Einheit: 60 Minuten
- H. Inhalt der Einheiten:
 - a. Sowohl Ausdauer-, Koordinations- als auch Krafttraining ergänzend Atem- und Entspannungsübungen, Schulungen und psychosoziale Betreuung
- I. Fachliche Qualifikation der Ärzt*innen (siehe beiliegendem Positionspapier)
- J. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist die aktuelle "Lizenz als Herzgruppenleiter für Herzinsuffizienzgruppen der DGPR" vorhanden
- K. Weitere sonstige Bestimmungen entnehmen Sie bitte ebenfalls dem beiliegenden Positionspapier "Die Herzinsuffizienzgruppe" der DGPR

7. Bei der Notfallausrüstung bitte beachten:

- A. Notfallkoffer regelmäßig auf Vollständigkeit prüfen und verfallene Medikamente ersetzen
- B. AED => Verfallsdatum der Elektroden beachten
- C. bei klassischem Defibrillator jährliche Überprüfung gemäß medizinischer Produkte-Betriebsverordnung veranlassen
- D. ausgearbeitete Rettungskette bei Notfalltelefon hinterlegen

8. Notwendige Bestätigungen für die Anerkennung:

A. Eine Sportversicherung/Unfallversicherung für die Teilnehmenden der Herzinsuffizienzgruppe(n) besteht bei der folgenden Versicherungsgesellschaft:

B. Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Notfallausrüstung den Bestimmungen der DGPR für den Einsatz in Herzinsuffizienzgruppen entspricht. Ein/Eine Arzt/Ärztin ist beim Übungsbetrieb stets anwesend und ist verantwortlich für die Pflege und Dokumentation der Notfallausrüstung.

C. Weiterhin wird bestätigt, dass Herzinsuffizienzpatient*innen nur nach dokumentiertem ärztlichem Eingangsgespräch an den oben genannten Herzinsuffizienzgruppen teilnehmen.

D. Um Anwendung der Dokumentationsbögen der DGPR wird gebeten. Die Bestimmungen des Schutzes der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) werden beachtet.

Datum: _____ Unterschrift der/des Herzinsuffizienzgruppenträgenden: _____