

# FORMULAR FÜR HERZGRUPPEN

## BETREUENDE/R / ÜBERWACHENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name und Vorname der/des betreuenden Ärztin/Arztes:

---

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

---

Telefonnummer, E-Mail Adresse:

---

Fachrichtung:

---

Hiermit bestätige ich, dass ich den folgenden Rehabilitationssportanbieter

Name und Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

---

gemäß Punkt 11.2 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (Stand: 1. Januar 2022) ärztlich betreue und bei den unten genannten Herzgruppen gemäß Punkt 11.3 mindestens alle sechs Wochen persönlich anwesend bin:

NR.	WOCHENTAGE	UHRZEIT	VERTRETUNG BEI URLAUB / KRANKHEIT
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

### ZU MEINEN AUFGABEN GEHÖREN:

- Die Festlegung von Übungen, die auf Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde individuell auf die Einschränkungen sowie den Allgemeinzustand der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmt sind.
- Die Feststellung der Belastbarkeit der Teilnehmenden durch Befragung vor Beginn jeder Übungsveranstaltung bzw. gemäß Punkt 11.3 mindestens alle sechs Wochen.
- Die Erteilung von Anweisungen an die/den Übungsleiter/in, falls erforderlich.
- Die Überwachung der Teilnehmenden während der Übungen.
- Die Beratung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen.
- Die schriftliche Dokumentation der Belastungsvorgaben, der Befunde sowie besonderer Hinweise (z. B. Einschränkungen).
- Die Zuordnung neuer Teilnehmender zu den jeweiligen Gruppen. Dies erfolgt grundsätzlich im persönlichen Gespräch und nur in seltenen, begründeten Ausnahmefällen auf Grundlage der Aktenlage.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes/Stempel