

Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt von Herzgruppen

- Name, Vorname der/s Ärztin/Arztes

.....

- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

.....

- Fachrichtung

.....

Hiermit bestätige ich, dass ich den

- Rehabilitationssportanbieter

.....

- Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

.....

im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den *Rehabilitationssport* und das *Funktionstraining* vom 01. Januar 2011 ärztlich betreue und bei folgenden Herzgruppen ständig und persönlich anwesend bin:

Nr.	Wochentag	Uhrzeit	Vertretung bei Urlaub / Krankheit
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Zu meinen Aufgaben gehört es,

- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und zu berücksichtigen,
- ggf. dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
- während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten,
- die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. schriftlich zu dokumentieren.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel