

**C8** Wie beurteilen Sie die Eignung der Räumlichkeiten, Materialien und Geräte hinsichtlich Ihrer Zielsetzung für den Rehabilitationssport und die sanitären Einrichtungen unter Hygieneaspekten?

	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht
Beurteilung	1	2	3	4
• Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sanitäre Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. SONSTIGE FRAGEN AN DEN/DIE ÜBUNGSLEITER/IN

**D1** Ihr Geschlecht?

Männlich  Weiblich

**D2** Jahrgang: \_\_\_\_\_

**D3** Welche besonderen Nutzen erhoffen Sie sich vom Qualitätssiegel?

(Bitte maximal 3 Antworten ankreuzen!)

- Auszeichnung gegenüber anderen Anbietern im Rehabilitationssport
- Hohe Akzeptanz seitens der Ärzte, der Wissenschaft, der Krankenkassen und der Politik
- Steigerung des Bekanntheitsgrades und Imageverbesserung in der Öffentlichkeit
- Nachweis für qualitativ hochwertige Angebote
- Nachweis für kompetente und gut ausgebildete Übungsleiter/innen
- Erschließen neuer, interessanter Zielgruppen für den Verein
- Einbindung in ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## VERPFLICHTUNG

Ich verpflichte mich als ÜL, die Qualitätskriterien für das Qualitätssiegel einzuhalten und auf Anforderung einen Fragebogen über die Durchführung meines Angebotes auszufüllen und zurückzuschicken.

Ich bin einverstanden, dass die Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) weitergegeben werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (ÜL): \_\_\_\_\_

Wir beantragen das Qualitätssiegel SPORT PRO REHA und bestätigen die Einhaltung der Qualitätskriterien.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Vereinsstempel:

Unterschrift (Verein): \_\_\_\_\_

*Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB*

## Antrag auf Verleihung des Qualitätssiegels

# SPORT PRO REHA

*Die Entscheidung über die Genehmigung Ihres Antrages auf Zertifizierung eines Rehabilitations-sportangebotes erfolgt auf der Grundlage der vom Deutschen Sportbund in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Behindertensportverband, dem Deutschen Turner-Bund und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. und ihren Mitgliedsorganisationen festgelegten Qualitätskriterien. Wir möchten Sie bitten, die Begleitbroschüre „Qualitätskriterien“ zur Vergabe des Qualitätssiegels vor der Beantwortung der folgenden Fragen sorgfältig zu lesen.*

Titel des Angebotes: \_\_\_\_\_

Neuantrag      oder       Verlängerung

Name und Anschrift des Vereins, in dem das Angebot durchgeführt werden soll:

Verein: \_\_\_\_\_ Vereinskennziffer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in (Name, Vorname, Tel., E-Mail): \_\_\_\_\_

Anschrift des Übungsortes für das beantragte Angebot:

Halle/Platz/Trainingsort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

1. Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von bis \_\_\_\_\_

2. Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Fach-/Übungsleiters oder der Fach-/Übungsleiterin für das beantragte Angebot:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Gruppe wird von folgendem/r Arzt/Ärztin betreut:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Bezeichnung der Vereinsabteilung, in der das Angebot betreut wird:

Abteilung: \_\_\_\_\_

Fachverband, dem die betreuende Abteilung angehört:

Fachverband: \_\_\_\_\_

### A. ANBIETERQUALIFIKATION

**A1** Haben Sie eine Fach-/Übungsleiter-Ausbildung? (Bitte Kopien beilegen!)

Übungsleiter 2. Lizenzstufe „Sport in der Rehabilitation“  Ja  Nein

(früher „Prävention und Rehabilitation“)

Fachübungsleiter „Rehabilitationssport“  Ja  Nein

Für welches Profil ist Ihre Fach-/Übungsleiter-Lizenz ausgestellt?

*Zur Charakterisierung des Angebotes siehe B 2*

Stütz- und Bewegungsapparat

Innere Organe

Sinnesbehinderung

Peripheres zentrales Nervensystem

Geistige Behinderungen

Psych. Erkrankungen

Sport in Herzgruppen

Sonstige: \_\_\_\_\_

**A2** Besitzen Sie weitere rehabilitationsorientierte Qualifikationen?

Ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nein

### B. ANGABEN ZUM REHABILITATIONSSPORTANGEBOT

**B1** Für welche Personengruppe ist Ihr Angebot konzipiert bzw. ausgeschrieben?

(Bitte in den folgenden beiden Blöcken nur eine Antwort geben!)

#### **Altersgruppen**

Kinder

Jugendliche

Erwachsene

Senioren

Gemischte Altersgruppe

#### **Geschlechtergruppen**

Nur Männer/Jungen

Nur Frauen/Mädchen

Gemischt geschlechtliche Gruppe

**B2** Ordnen Sie Ihr Angebot zur genaueren Charakterisierung, einem der unten angegebenen Bereiche zu:

**Stütz- und Bewegungsapparat**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Haltungsschäden | <input type="checkbox"/> Gelenkschäden    |
| <input type="checkbox"/> Amputation/Gliedmaßenschäden  | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                   | <input type="checkbox"/> Endoprothesen    |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____               |   |

**Innere Organe**

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Allergie    | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> paVK                      | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |                                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____           |   |                                   |

**Sinnesbehinderung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung/Blindheit | <input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____          |   |

**Peripheres zentrales Nervensystem**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerebrale Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                    | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung/Rollstuhlsport |
| <input type="checkbox"/> Spina bifida                 | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____              |   |

**Geistige Behinderungen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen | <input type="checkbox"/> Auffälligkeits-Defizit-Syndrom (ADS) |
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen  | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                      |

**Psychische Erkrankungen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____         |

- Krebs
- Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## C. ORGANISATION/DURCHFÜHRUNGSPLANUNG

**C1** Findet Ihr Angebot einmal wöchentlich statt?

- Ja  Nein

Falls **nein**, das Angebot findet \_\_\_\_\_ statt.

**C2** Wie viele Minuten dauert Ihr Angebot?

- 45 – 60 Minuten  bis 120 Minuten  
 bis 90 Minuten  \_\_\_\_\_

**C3** Ist die Teilnehmerzahl begrenzt?

- Ja  Nein

Auf wie viele Personen ist die Teilnehmerzahl begrenzt?

- Bis 9  9 bis 15  16 – 20  mehr als 20

**C4** Verwenden Sie einen festen, für die Gruppe erstellten Rahmenplan für das gesamte Angebot?  
(Bitte Plan beifügen!)

- Ja  Nein

**C5** Informieren Sie die Teilnehmer/innen zu Beginn der Teilnahme an Ihrem Angebot über Ziele, Inhalte und Ablauf?

- Ja  Nein

Falls **ja**, in welcher Form:

- Mündlich  Schriftlich

Falls **schriftlich**, bitte Kopie beilegen!

**C6** Geben Sie an die Teilnehmer/innen Unterlagen aus wie z.B. Informationsblätter oder Heimprogramme?

- Ja  Nein

Falls **ja**, bitte als Beispiel eine Kopie beilegen!

**C7** Enthalten Ihre Stundeneinheiten Informationen- und Beratungselemente?

- Ja  Nein