

# Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

## I. Angaben zum Träger

1. Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Internet:

2. Institutionskennzeichen:

3. Mitgliedschaft in einem/r übergeordneten Verband/Organisation?

ja       nein

wenn ja, wo:

## II. Angaben zum Funktionstraining

1. Gruppenname:

2. AnsprechpartnerIn der Gruppe:

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

3. Indikationen:

4. Art der Gruppe?

Wassergymnastik       Trockengymnastik

Sonstiges:

Kindergruppe:    ja       nein

5. Gruppengröße:

max. Teilnehmerzahl je ÜbungsleiterIn:

Funktionstrainingsgruppe: 15

Kindergruppe: 10

## Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

---

### III. Angaben zu der Übungsveranstaltung

1. Name/Anschrift der Übungsstätte:

2. Wochentag/Uhrzeit:

3. Dauer (in Minuten):

4. Persönliche Angaben zum(r) ÜbungsleiterIn:

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

5. Qualifikation des(r) ÜbungsleiterIn:

(Kopie beifügen)

Zusatzqualifikation:

(Kopie beifügen)

ausgestellt am:

ausgestellt durch:

### IV. Angaben zu den räumlichen Voraussetzungen

1. Übungsstätte:

Art (Turnhalle, Schwimmbad etc.):

2. Wassergymnastik:

ja  nein

wenn ja, Größe des Therapiebeckens:

Wasserwärme:

3. Trockengymnastik:

ja  nein

wenn ja, Größe des Therapieraumes:

## Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

---

4. Geräteausstattung (getrennt nach Wasser- und Trockengymnastik):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

5. Hilfsmittel

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### V. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

Abgeschlossene Unfallversicherung:

ja       nein

wenn ja, Versicherungsgesellschaft:

(Versicherungsschein muss in Kopie dem Antrag beigelegt werden)

### VI. Angaben zur Notfallversorgung

1. Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen?

ja       nein

wenn ja, Telefon       Handy

Rufnummer:

## Antrag auf Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe

---

2. Nächst erreichbare(r) Arzt/Ärztin:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

3. Nächstes Krankenhaus:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

### VII. Dokumentation

1. Wird eine Teilnehmerliste geführt? (Dem Fragebogen ist eine Liste mit Namen und Alter der TeilnehmerInnen beizufügen)

ja       nein

Wo kann diese eingesehen werden?

Name:

Anschrift:

2. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert? (Besondere Vorkommnisse etc.)

ja       nein

Wo kann die Dokumentation eingesehen werden?

Name:

Anschrift:

Bitte beachten Sie, dass eine zügige Bearbeitung nur dann möglich ist, wenn der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist und alle Anlagen beiliegen.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel