



### Zertifizierung / Qualitätsüberprüfung der Herzgruppen im Saarland

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Legende: (✓) = ja; (-) = nein

0		Allgemeine Angaben		Standort / Träger	
Name / Bezeichnung der Gruppe(n): _____ _____					
REHA- Sportart: _____					
Träger der Gruppe(n): _____					
Ansprechpartner / Leiter der Gruppe: _____					
Gruppe(n) anerkannt seit: _____					
Institutionskennzeichen (IK) Träger: _____					
Ort / Zeit der Übungsveranstaltung: _____					
Häufigkeit: _____					
Prüftermin / -modus: _____					
Teilnehmer Prüfung: HGS: _____ Träger: _____ G- Arzt: _____ ÜL: _____					
Tel.- Nr.: _____ : _____ : _____ : _____					
I	Hauptanerkennungs- Zertifizierungs- Kriterien erfüllt?	Ja	Nein	Bemerkung Nr. (Kommentar siehe Rückseite)	
1.	<b>Gr.- Arzt:</b> Anz.: ( ) Appr. ( ) Anw. ( ) Name(n):			Nähere Daten siehe Anhang 1	
2.	<b>ÜL:</b> Anz.( ) Name(n):			Lizenzdaten siehe Anhang 1	
3.	<b>Defi:</b> vorh.: ( ) Fabr.: EKG: ( ) Gültigkeit Pads: Papiere: Gültigkeit Akku: Bemerkung:				
4.	<b>Notfallkoffer:</b> vorh.: ( ) Ausst.: ( ) Verfalldaten: ( ) Betreuung: Bemerkung:				
5.	<b>Notarzt:</b> Tel. vorh.: ( ) Notfalltraining ( ) nächster Arzt: Notarzt: Krankenhaus:				
6.	<b>Mitglied im zust. Verband:</b> HGS ( ) BRS ( ) STB ( ) Sonst. ( )				

	Weitere Qualitätskriterien erfüllt	Ja	Nein	Bemerkung Nr. (Kommentar s.u.)
7.	Adäquate Übungsmöglichkeit (Halle, Geräte)			
8.	Indikationsgerechte Zuweisung (EV; FV)			
9.	Einteilung in geeignete Grp. ( Ü / T / G / N)			
10.	Gruppengröße (max. 20 TN)			
11.	Übungsstd.-dauer: 45 ( ) 60 ( ) 90 ( ) min			
12.	Pat.- kontr. während der Stunde: Eing.- Anam. ( ) RR ( ) HF <sub>Ruhe</sub> ( ) HF <sub>max</sub> ( )			
13.	Medizincheck bei Eintritt: Regelmäßige Wiederholung: alle ..... Jahre			
14.	Dokumentation: TN- liste ( ) Daten lt. Pkt. 12 ( ) Doku lt. 13 ( )			
15.	Zugang zu Daten für Arzt / ÜL ( ) Datenschutz ( )			
16.	Zusätzliche Angebote / Veranstaltungen / Infos zur Reha:			
17.	Erziehung der TN zu Gesundheitsmanagem. / Selbsthilfe			
18.	Unfallversicherung für TN			
19.	Benutzung Formular 56			
20.	Sonstiges:			
<b>Bemerkung zu vorgenannten Ziffern:</b>				
<b>Bemerkung zur Überprüfung:</b>				
<b>Stellungnahme AHG / Träger zur Prüferbewertung:</b>				
<b>Empfehlung Prüfer:</b>		<b>Mit Prüfung einverstanden AHG / Träger:</b>		<b>Entscheidung Vorstand HGS: Zertifizierung erteilt / mit Auflagen erteilt / nicht erteilt.</b> Die Zertifizierung gilt für 3 Jahre
				bis: _____
Datum:      Unterschrift: _____		Datum:      Unterschrift: _____		Datum:      Stempel / Unterschrift: _____
<b>Hinweis:</b> - Bei gravierenden Veränderungen der <b>Prozessqualität und – struktur</b> sind die HGS <b>unverzüglich</b> zu informieren.				



**Zertifizierung / Qualitätsüberprüfung der  
Herzgruppen im Saarland**

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Anhang 1 (bitte in Bockschrift ausfüllen)**

**Daten der Gruppenärzte**

Nr.	Name	Strasse	PLZ, Ort	Tel.	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**Daten der Übungsleiter**

Nr.	Name	Strasse	PLZ, Ort	Tel.	
1					
	Liz.- Nr.:		Verband:		Gültig bis:
2					
	Liz.- Nr.:		Verband:		Gültig bis:
3					
	Liz.- Nr.:		Verband:		Gültig bis:
4					
	Liz.- Nr.:		Verband:		Gültig bis:
5					
	Liz.- Nr.:		Verband:		Gültig bis:

Original- Unterlagen wurden eingesehen bzw. sind als Kopie beigefügt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfer