


**Golfklinik**

# Antragsformular PGA Golfklinik

Bitte füllen Sie das folgende Formular sorgsam aus. Die Angaben müssen vollständig und korrekt angegeben werden.

Die PGA of Germany behält sich vor, die gemachten Angaben zu überprüfen. Sollte eine Vergabe der Lizenz aufgrund von falschen Angaben erfolgen, behalten wir uns vor, die Lizenzierung rückwirkend für nichtig zu erklären.

Antragssteller	
Adresse	
Ansprechpartner	
Telefonnummer	
Email	

Verfügen Sie über ein Therapiekonzept zur sportmedizinischen Rehabilitation?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Wird dieses Therapiekonzept systematisch in regelmäßigen Abständen auf seine Wirksamkeit überprüft und angepasst?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Verfügt Ihre Klinik/Therapiezentrum/Praxis über ein Qualitätsmanagementsystem?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Besitzen Sie bzw. Ihre Mitarbeiter bereits jetzt einschlägige Erfahrung in der Behandlung und Betreuung Golf spielender Patienten?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Verfügen Sie und Ihr Team über Kenntnisse im Golfsport?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Die therapeutische Leitung der PGA Golfklinik verfügt über folgenden  
Fachweiterbildungen:

.....

Sind im interdisziplinären Team Ihres Therapiezentrums  
(Fach-)Ärzte tätig?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Falls diese nicht festangestellt sind – mit welchen (externen) Fachärzten arbeiten Sie  
größtenteils zusammen:

.....

Über welche personelle Ausstattung verfügt Ihr Therapiezentrum?

.....

.....

Über welche fachlichen Weiterbildungen/Fortbildungen verfügt Ihr  
Therapeutenteam?

.....

.....

Besitzen die Räumlichkeiten Ihres Therapiezentrums die Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Besitzen die Räumlichkeiten Ihres Therapiezentrums eine medizinische Trainingstherapie (MTT)?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Ungefähre Quadratmeterzahl:

..... qm

Besitzt Ihr Therapiezentrum neben der MTT eine dem Golfsport entsprechende Ausstattung und Infrastruktur?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Entsprechend des interdisziplinären Konzepts der PGA Golf Klinik:  
Mit welchem Golfplatz planen Sie eine engmaschige Kooperation?

.....

Welche(r) Golflehrer ist/sind federführend Ansprechpartner für Ihre PGA Golf Klinik?

.....

Besitzen o.g. Golfprofessionals bereits Erfahrung/Kenntnisse in der Betreuung von Spielern mit körperlichen Einschränkungen?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Bieten o.g. Golfprofessionals schon jetzt golfspezifische Kurse mit gesundheitsorientierter Ausrichtung an?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Bestehen schon jetzt Konzepte zur medizinischen Vor-Ort-Behandlung?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Mit dem Ausfüllen dieses Antragsformulars kommt noch kein Vertrag zustande.

Ort & Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift\_\_\_\_\_