



Antragsformular PGA Golf Klinik – Offizielle Rehabilitationsklinik

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	
Web Adresse	

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 ärztliche Leitung der PGA Golfklinik verfügt über folgenden Facharztstatus:

.....

Sind im interdisziplinären Team Ihrer Klinik/Praxis
Physiotherapeuten tätig? Ja
 Nein

Falls diese nicht festangestellt sind – mit welchem (externen) Therapiezentrum
arbeiten Sie größtenteils zusammen:

.....
.....

Über welche personelle Ausstattung verfügt Ihr bzw. das kooperierende
Therapiezentrum?

.....
.....
.....
.....

Über welche fachlichen Weiterbildungen/Fortbildungen verfügt Ihr bzw.
o.g. kooperierendes Therapeutenteam?

.....
.....
.....
.....

Besitzen die Räumlichkeiten Ihres bzw. des kooperierenden
Therapiezentrums die Zulassungsempfehlungen des
GKV-Spitzenverbandes? Ja
 Nein

Besitzen die Räumlichkeiten Ihres bzw. des kooperierenden Therapiezentrums eine medizinische Trainingstherapie (MTT)? Ja Nein

Ungefähre Quadratmeterzahl: qm

Besitzt Ihr bzw. das kooperierende Therapiezentrum neben der MTT eine dem Golfsport entsprechende Ausstattung und Infrastruktur? Ja Nein

Entsprechend dem interdisziplinärem Konzept 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 bereits schon jetzt golfspezifische Kurse mit gesundheitsorientierter Ausrichtung an? Ja Nein

Bestehen bereits schon jetzt Konzepte zur medizinischen Vor-Ort-Behandlung? Ja Nein

Mit dem Ausfüllen dieses Antragsformulars kommt noch kein Vertrag zustande.

Ort & Datum _____ Unterschrift _____