

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 für Rehabilitationssport

 für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/ Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

- Gymnastik (auch im Wasser)
 Schwimmen
 Leichtathletik
 Bewegungsspiele
 Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | |

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Empfohlene Funktionstrainingsarten

- Trockengymnastik
 Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Kollagenosen |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

 24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstversorgung

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

120 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

1 mal 2 mal

3 mal, Begründung _____

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) _____ Datum _____

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports
gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V
i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX
für

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

_____ Übungseinheiten

90 Übungseinheiten / 24 Monate
(Herzgruppen)

120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

45 Übungseinheiten / 12 Monate
(Herzgruppen)

Funktionstrainings
gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V
i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

1 mal 2 mal 3 mal

für die Dauer von

12 Monaten

24 Monaten

_____ Monaten

für den Zeitraum vom _____ längstens bis _____ Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht 10.02.17

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift