

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name des Antragstellers

Kostenträgerbezeichnung Versicherungs-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arch-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

Diagnoseschlüssel:
ICD-10-GM

Orthopädische Diagnose oder
Innere Medizin (Lunge)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

- Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
- Bewegungsspiele Sonstige
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	<input checked="" type="checkbox"/> andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

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

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

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

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

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

24 Monate (Richtwert)

Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport

1x 2x 3x

Funktionstraining
als Trockengymnastik

1x 2x 3x

Funktionstraining
als Wassergymnastik

1x 2x 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

_____ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum _____

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Stempel +
Unterschrift
des Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

Rückgrat, Am Sportfeld 21, 79312 EM

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

Datum _____

Deine Unterschrift

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

Rehabilitationssports

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

Herz-
gruppe Herzinsuffizienz-
gruppe

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

_____ Übungseinheiten

Funktionstrainings

12 Monate

24 Monate

_____ Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

1x 2x 3x



für den Zeit-
raum vom _____ längstens
bis _____ Datum _____

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

Stempel +
unterschrift

Deiner Krankenkasse

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift