

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
☐ Asthma bronchiale
 ☐ Morbus Parkinson
☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben
 ☐ Mukoviszidose
☐ Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)
 ☐ Multipler Sklerose
☐ Doppelamputation
 ☐ Muskeldystrophie
☐ Epilepsie, therapieresistent
 ☐ Niereninsuffizienz, terminal
☐ Glasknochen
 ☐ Organische Hirnschädigung
☐ Infantiler Zerebralparese
 ☐ Polyneuropathie
☐ Marfan-Syndrom
 ☐ Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
☐ 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
☐ Fibromyalgie-Syndrome
☐ Kollagenosen
☐ Morbus Bechterew
☐ Osteoporose
☐ Polyarthrosen, schwer
☐ Psoriasis-Arthritis
☐ 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 selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

- ☐ 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung
- ☐ 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
- ☐ 120 Übungseinheiten in 24 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

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

Reha
SENFTENBERG e.V.
Rudolf-Breitscheid-Straße 2a · 01968 Senftenberg
Telefon: 03573 810427 · IK 443206446
info@reha-senftenberg.de · www.reha-senftenberg.de

- ☐ Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

M M J J

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

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. § 64 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. § 64 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 T T M M J J

längstens bis

T T M M J J

Datum

T T M M J J

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift