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

Antrag auf Kostenübernahme

56

☐ **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
- ☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben
- ☐ Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)
- ☐ Doppelamputation
- ☐ Epilepsie, therapieresistent
- ☐ Glasknochen
- ☐ Infantiler Zerebralparese
- ☐ Marfan-Syndrom
- ☐ Morbus Bechterew
- ☐ Morbus Parkinson
- ☐ Mukoviszidose
- ☐ Multipler Sklerose
- ☐ Muskeldystrophie
- ☐ Niereninsuffizienz, terminal
- ☐ Organische Hirnschädigung
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)

☐ 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 selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee

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

rehavital gesundheitssport e.v., Abteilung Nittendorf-Pollenried, Deuerlinger Str. 46, 93152 Nittendorf-Pollenried, Tel. 09404/641202

☐ 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. § 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 T T M M J J längstens bis T T M M J J

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

Datum T T M M J J

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift