

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	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 (Richtwert)
☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) 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

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)

☐ 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

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 |

☐ 24 Monate (Richtwert)

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 _____

- ☐ 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

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