

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
MUSTER		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

- für **Rehabilitationssport**
- für **Funktionstraining**

**Hinweis:** Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden.

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

<input type="checkbox"/> Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit	<input type="text"/>	Datum	Unterschrift des Versicherten
<input type="checkbox"/> Ich beginne mit Rehabilitationssport/ Funktionstraining voraussichtlich am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

### Empfohlene Rehabilitationssportart

- Gymnastik
- 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 (Regelfall)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten 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

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten

### Empfohlene Funktionstrainingsarten

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- 12 Monate (Regelfall)
- 24 Monate 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 bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

- 24 Monate

**Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für**

- 90 Übungseinheiten in 30 Monaten
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Kinderherzgruppen)

**Zusätzliche Angaben des Arztes bei Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen**

Befund vom (Nachweis nicht älter als 6 Monate)

Ejektionsfraktion  %

Bei standardisierter Fahrradergometrie im Sitzen erreichte max. Belastbarkeit  Watt  max. Puls/min  max. mm HG

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100)  W/kg  Körpergewicht

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit aufgrund von Ischämie-Kriterien  W/kg  Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie

Angaben zur Medikation

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

- 90 Übungseinheiten in 30 Monaten

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

- 1 mal
- 2 mal
- 3 mal, Begründung

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**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
- für 120 Übungseinheiten /36 Monate

- für 90 Übungseinheiten /30 Monate (Herzgruppen)
- für 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)

längstens bis

**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
- längstens bis

Datum.

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

**Verbindliches Muster**

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift: