

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		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

\_\_\_\_\_

Ich nehme am Rehabilitationssport/  
Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

Ich beginne mit Rehabilitationssport/  
Funktionstraining voraussichtlich am

TTMMJJ

TTMMJJ

**Verbindliches Muster**  
Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_

### 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale   | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose  |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)                   | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose   |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation  | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent                                      | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal   |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen   | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung  |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese   | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie  |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom  | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> 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

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

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

**Freigabe 07.05.2007**  
**Verbindliches Muster**  
Stempel der Krankenkasse / Unterschrift