

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**

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Verbindliches Muster**

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

Gymnastik (auch im Wasser)     Schwimmen     Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele     Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Rehabilitationssport ist notwendig für**

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Infantile Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung
<input type="checkbox"/> Intelligenzminderung, mittelgradig	
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**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

<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom
<input type="checkbox"/> Kollagenosen
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer
<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis

**Längere Leistungsdauer**, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)     24 Monate (Richtwert)

**Folgeverordnung mit Begründung**, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

Rehabilitationssport ist notwendig für  Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

**Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

**Kinderherzgruppen** 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)**

**Rehabilitationssport**

1x  2x  3x

**Funktionstraining als Trockengymnastik**  1x  2x  3x

**Funktionstraining als Wassergymnastik**  1x  2x  3x

Begründung bei insgesamt 3x

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abweichung von oben genannten Richtwerten**

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

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

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

<input type="checkbox"/> <b>Rehabilitationssports</b> <input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten /18 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /36 Monate <input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe <input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten /24 Monate <input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten /12 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen) <input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Übungseinheiten	<input type="checkbox"/> <b>Funktionstrainings</b> <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monate  Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

für den Zeitraum vom  längstens bis

Datum

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

Freigabe 09.09.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift