

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

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Abweichung von oben genannten Richtwerten**

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

**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

**Rehabilitationssports**

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

**Funktionstrainings**

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1x  2x  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