

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

Antrag auf Kostenübernahme

56

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

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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrome |
| <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 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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift