

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf Kostenübernahme

56



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

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

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

☐ 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

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzmindering, mittelgradig	
Morbus Bechterew	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

9 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

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

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

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

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

Sportpark Laupheim e.K.

☒ 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

☐ Herz- ☐ Herzinsuffizienz-
gruppe gruppe

☐ 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 Zeit-
raum vom

längstens
bis

Datum

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift