

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Antrag auf Kostenübernahme

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

X 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 Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapiereistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, 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)

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

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

24 Monate (Richtwert)

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

T T N M J J

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

Sportpark Laupheim e.K.

Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

M M J J

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse

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

Rehabilitationssports

Funktionstrainings

50 Übungseinheiten /18 Monate

12 Monate

120 Übungseinheiten /36 Monate

24 Monate

Herz-
gruppe Herzinsuffizienz-
gruppe

Monate

90 Übungseinheiten /24 Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

45 Übungseinheiten /12 Monate

1x 2x 3x

120 Übungseinheiten /24 Monate
(Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

für den Zeit-
raum vom T T N M J J längstens bis T T M M J J

Datum

T T N M J J

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift