Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Verbindliches Muster

geb. am

Kassen-Nr. | 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(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

### Empfohlene Rehabilitationssportart

☐ Gymnastik (auch im Wasser)
☐ 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 (Richtwerte)

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben
- ☐ Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)
- ☐ Doppelamputation
- ☐ Epilepsie, therapieresistent
- ☐ Glasknochen
- ☐ Infantiler Zerebralparese
- ☐ Marfan-Syndrom
- ☐ Morbus Bechterew
- ☐ Morbus Parkinson
- ☐ Mukoviszidose
- ☐ Multipler Sklerose
- ☐ Muskeldystrophie
- ☐ Niereninsuffizienz, terminal
- ☐ Organische Hirnschädigung
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese,Tetraplegie)

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

☐☐☐ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

### 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-Syndrome
- ☐ Kollagenosen
- ☐ Morbus Bechterew
- ☐ Osteoporose
- ☐ Polyarthrosen, schwer
- ☐ Psoriasis-Arthritis
- ☐ Rheumatoide Arthritis

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

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

☐ 24 Monate (Richtwert)

☐ Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

**Rehabilitationssport in Herzgruppen** ist notwendig für

☐ 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung

☐ 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

☐ 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

☐☐☐ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

☐ 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

**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 T T M M J J

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 M M J J

Datum T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

## 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

☐ 120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐☐☐ Übungseinheiten

☐ 90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)

☐ 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

☐ 45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)

☐ **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

☐☐ Monaten

für den Zeitraum vom T T M M J J längstens bis T T M M J J

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

Datum T T M M J J

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift