

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

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

Empfohlene Funktionstrainingsarten

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

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)

Arzt und Krankenkasse

Funktionstraining ist notwendig für

- 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom
<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

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

Arzt und Krankenkasse
als Wassergymnastik

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 folgenden Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

STEMPEL „Gesund & Fit“

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Teilnehmer

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

Arzt und Krankenkasse

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

Name, Vorname der/des Versicherten

Teilnehmer

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

STEMPEL „Gesund & Fit“

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerbehinderter Menschen	RS schwerbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden <small>(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)</small>
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

Teilnehmer

DIESE SEITE DARF NICHT KOPIERT WERDEN !!!

14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Übungsleiter

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

Teilnehmer	
Name, Vorname der/des Versicherten	Krankenkasse
Versicherten-Nr.	Verordnungsdauer (von/bis)

STEMPEL „Gesund & Fit“
Kommunalesleistungszentrum Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerbehinderter Menschen	RS schwerbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden <small>(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)</small>
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Übungsleiter

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport
bei Abrechnung in Papierform

Name, Vorname der/des Versicherten

Teilnehmer
 Geburtsdatum Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Institutionskennzeichen

STEMPEL „Gesund & Fit“

Abrechnung	Zwischenabrechnung Nr. <input type="text"/>	Endabrechnung
<input type="checkbox"/> Rehasport 604503 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder 604511 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport 604504 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport im Wasser 604509 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder im Wasser 604512 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport für Kinder 604508 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport für schwerbehinderter	<input type="checkbox"/> Rehasport schwerbehinderter Kinder 604513 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Herzinsuffizienzgruppen 604514 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins 604510 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übungsleiter

Anzahl der Übungsveranstaltungen

Anzahl der Übungsveranstaltungen

Anzahl der Übungsveranstaltungen

Anzahl der Übungsveranstaltungen

Übungsleiter

Euro = Euro

Vergütungssatz

Euro = Euro = Euro

Vergütungssatz **Gesamtbetrag**

Mitgliederbuchhaltung

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte A
Bislang wurden insgesamt

Mitgliederbuchhaltung

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten.

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleitung geleitet werden und diese im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation und einer entsprechenden Leistungsvereinbarung ist.

Übungsleiter

STEMPEL „Gesund & Fit“

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Rechnung-Nr.:

Leistungserbringergruppen-schlüssel/Vertragskennzeichen

Verordnung vom:

Genehmigung vom:

ggf. Genehmigungskennzeichen:

Mitgliederbuchhaltung