

Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche
Rentenversicherung**

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe
--

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**G0850****Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe**

Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Seite 5 und das Abrechnungsformular G0851 direkt oder über ihren örtlichen Landesverband an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dabei ist darauf zu achten, dass die Versicherte / der Versicherte die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining bestätigt.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		in (Rehabilitationseinrichtung)	

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Diagnose		
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung		
<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> Arzt und Rentenversicherungsträger </div>		
2 Funktionstraining		
2.1 Art des Rehabilitationssports.		
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)		
Watt max	, HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3 Weitere Angaben für die Verordnung		
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate	Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.	
<input type="checkbox"/> Monate		
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)		
Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich	Wassergymnastik wöchentlich
<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Teilnehmer

MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Abrechnungsf formular für die Rehabilitationssportgruppe oder
Funktionstrainingsgruppe**

G0851

STEMPEL „Gesund & Fit“

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:
(Die Art des **Rehabilitationssports** oder des **Funktionstrainings** ist jeweils anzugeben.)

Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Seite 3 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen /
Regelungen dies zulassen.

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift
1				15			
2							
3				17			
4				18			
8				22			
9				23			
10				24			
11				25			
12				26			
13				27			
14				28			

**DIESE SEITE DARF NICHT
KOPIERT WERDEN !!!**

Teilnehmer



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for Versicherungsnummer

Grid for Kennzeichen

Grid for MSAT / MSNR

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift
29				51			
30				52			
31							
32				54			
33				55			
34				56			
35				57			
36				58			
37				59			
38							
39							
40							
41				63			
42				64			
43				65			
44				66			
45				67			
46				68			
47				69			
48				70			
49				71			
50				72			

Teilnehmer

DIESE SEITE DARF NICHT KOPIERT WERDEN !!!



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherung

Teilnehmer

Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe

Es wird bestätigt, dass die/r Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Übungsleiter

STEMPEL „Gesund & Fit“

Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

Abrechnung (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)

Rehabilitationssport in Herzgruppen:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
Rehabilitationssport im Wasser:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
Sonstiger Rehabilitationssport:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
Funktionstraining: Trockengymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
Funktionstraining: Wassergymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
			=
Gesamtbetrag =			EUR

Übungsleiter

Mitgliederbuchhaltung

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)

Angebotsnummer (soweit vorhanden)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Mitgliederbuchhaltung

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Bitte unbedingt angeben:

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusatz-GüGbu - Seite 3) ist beizubringen

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle

Übungsleiter

STEMPEL „Gesund & Fit“