Ausfertigung für die Versicherte / den Versicherten (Gilt als Kostenzusage)

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Deutsche
Rentenversicherung

	Rer	itenversicherung
Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt	Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe	00050
Verordnung von Rehabilitationssport ode	er Funktionstraining	G0850
Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder I Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehu und das Abrechnungsformular G0851 direkt oder über Rentenversicherungsträger weiter. Dabei ist darauf zu am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstra	ngsweise Funktionstrainings leitet die rihren örtlichen Landesverband an d achten, dass die Versicherte / der Ve	en zuständigen
Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis in (Rehabilitation	tionseinrichtung)	
Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigke nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung au		
1 Diagnose	is der Kenabilitationseinnentung b	egonnen wira.
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze	Cründa und Ziala adar waitara Lin	voice zur Vererdnung
		-
Arzt und Rentenve	Trubtionetraining	
2.1 Art des Rehabilitationssports.	rsicherungst	räger
Rehabilitationssport	Trockengymnastik und / oder	
Rehabilitationssport im Wasser	Spezifizierung der Diagnose:	
Rehabilitationssport in Herzgruppen	Rheumatoide Arthritis	
Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen Regional mit dem zuständigen	Morbus Bechterew	
Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	Arthrose Sonstige:	
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgrupp unbedingt angeben!)	en und Herzinsuffizienzgruppen	unter Beta-Blocker
Watt max , HF max / Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls / Min.	nein ja
3 Weitere Angaben für die Verordnung		
Bei	weis: Die Verordnungsdauer beträgt einer Verordnung von mehr als 6 Mo naten ist eine ausführliche Begründu	naten bis längstens 12
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen:		
(bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung ma Rehabilitationssport	ıximal 3 je Woche, soweit die Häufigk │Trockengymnastik	eit angeboten wird) Wassergymnastik
wöchentlich	wöchentlich	wöchentlich
1 mal 2 mal	1 mal 2 mal	1 mal 2 mal

 $\label{thm:constraints} Das\ Informationsschreiben\ G0852\ ist\ der\ Versicherten\ /\ dem\ Versicherten\ ausgehändigt\ worden.$

Ort, Datum Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)







√ersicherun	gsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR		
Lfd Art Nr.	Datum	Unterschrift	Lfd Art	Datum	Unterschrift
29			51		
30			52		
31		Teil	nehm	er	
32			54		
33			55		
34			56		
35			57		
36			58		PIETE
37	LNEHN	IER-I	INTE	RSCI	<u>IRIF I E</u>
ΓE	LNEI		CHT	KOP	IERT
	DURF	EN N		KOP	
		WEF	RDEN	1 111	
			US		
42			64		
43			65		
44			66		
45			67		
46			68		
47			69		
48			70		
49			71		
50			72		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR							
Zuständiger Rentenversicherung Teilnehmer								
Bestätigung der Versicherten / des Versicherten								
lch bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.								
Datum, Unterschrift der Versicherten /	and the state of t							
	onssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainir	nosoruppo						
Es wird b	Certe / der Versicherte an den vorstebend	& Fit"						
bungsterre	erte / der Versicherte an den vorstebenden der Hunktionstrainingerte / der Versicherte an den vorstebenden der Hunktionstraininger der Hunktioninger d							
	STEIVIL							
Datum, Unterschrift, Name und Ort de	Stempel oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel							
Abrechnung (Es werden nur L	eistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugr Anzahl der Übungsveranstaltungen. vereinbarter Vergütungssatz	antical in a comita in the time that had no only to the						
Rehabilitationssport in Herzgruppen:		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 de Seiter reinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR						
Funktionstraining: Wassergymnastik	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR						
regional vereinbartes Angebot	Anzahl der Übungsveranstaltu Mitgliederbi	ichhaltung						
(zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für								
behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	Gesamtbetrag =	EUR						
Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit vorhanden)	e selection and the selection of the sel						
institutionskeinzeichen (in-Nummer)	Angebotshummer (sowert vornanden)							
Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen: IBAN (International Bank Account Number)								
D, E, , , , , , , , , , , , , , , , , ,								
Geldinstitut (Name, Ort) Mitgliederbuchhaltung Kontoinhaberin / Kontoinhaber								
Kontoinhaberin / Kontoinhaber								
	Rechnungsnummer	Deskamana						
Bitte unbedingt angeben:	Rechnung vom							
a son master in actorial in manifesting the state of	enzusaue (sligbule Seitero) ist peidemonte (sligbule Seitero) ist peidemon							

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



