

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 09.09.2022**

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

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

Verbindliches Muster

X

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)

X

☒ 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, therapieresistent	☐	Polyneuropathie
☐	Infantile Zerebralparese	☐	Querschnittlähmung, 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

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

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

X

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

Funktionstraining
als Trockengymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Funktionstraining
als Wassergymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Begründung bei insgesamt 3x

**Erhöhter Teilhabebedarf für
schwerstbehinderte Menschen.**

Abweichung von oben genannten Richtwerten

☐ ☐ ☐ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

T T M 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

☐ 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**

☐ 50 Übungseinheiten / 18 Monate

☒ 120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐ Herz-
gruppe ☐ Herzinsuffizienz-
gruppe

☐ 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

☐ ☐ Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

für den Zeit-
raum vom T T M M J J

längstens
bis T T M M J J

Datum

T T M M J J

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

Freigabe 09.09.2022
Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift