

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

die an erster Stelle angegebene Diagnose ist relevant/vorgebend für die Art der Sportgruppe: muss eingetragen werden

Lungen-, neurologische oder orthopädische Sportgruppe

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

muss eingetragen werden

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

muss eingetragen werden

Verbindliches Muster

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Hier muss bei Lungen-, Neurologie- oder Orthopädieerkrankungen ausgefüllt werden

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)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

*wenn 120 Übungseinheiten empfohlen werden, muss die begründende Diagnose Vertordnungsrelevant sein.

<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)

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

*Bei einer Folgeverordnung muss immer ein medizinischer Grund angegeben werden!

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

<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

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

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin

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

Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse muss immer von der Krankenkasse ausgefüllt werden!

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports oder ein separates Genehmigungsschreiben der Kasse vorliegen

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~~

~~Monate~~

~~Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen~~

1x 2x 3x

außer bei der AOK und einigen Betriebskrankenkassen die einen Genehmigungsverzicht haben

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Stempel der Krankenkasse