

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

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

☐ 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)

☐ 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

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

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

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

Datum

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

Gesundheitssport Traunstein e.V., Kastanienweg 11, 83224 Grassau

☐ Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

Datum

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

Monate

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift