

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

Antrag auf Kostenübernahme

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 | Muskeidystrophie |
| 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)

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 |

24 Monate (Richtwert)

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 | Funktionstraining als Trockengymnastik | <input type="checkbox"/> 1x | <input type="checkbox"/> 2x | <input type="checkbox"/> 3x | | |
| <input type="checkbox"/> 1x | <input type="checkbox"/> 2x | <input type="checkbox"/> 3x | Funktionstraining als Wassergymnastik | <input type="checkbox"/> 1x | <input type="checkbox"/> 2x | <input type="checkbox"/> 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

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 | Funktionstrainings |
| <input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate | <input type="checkbox"/> 12 Monate |
| <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate | <input type="checkbox"/> 24 Monate |
| <input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe | <input type="text"/> Monate |
| <input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate | Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x |
| <input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate | |
| <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen) | |
| <input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins | |
| <input type="text"/> Übungseinheiten | |

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