

Daten des/der Versicherten.  
Wird vom Arzt ausgefüllt.

Eines der beiden Punkte **muss** angekreuzt sein. Wird vom Arzt ausgefüllt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

### Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Diagnose, die den Grund der Verordnung zugrunde legt.  
Wird vom Arzt ausgefüllt.

### Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die ordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Bei uns ist nur diese Sportart durchführbar.  
Wird vom Arzt ausgefüllt.

#### Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser)     Schwimmen     Leichtathletik

Bewegungsspiele     Sonstige \_\_\_\_\_

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

#### Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Bei nur einem Kreuz, kann auch nur an dieser Kursart teilgenommen werden.

Anzahl der Übungseinheiten, die der Arzt empfiehlt.  
Wird vom Arzt ausgefüllt.

#### Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) nur bei

#### Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Bei 120 Einheiten muss einer dieser grünen Parameter angekreuzt sein.  
Wird vom Arzt ausgefüllt.

|   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Asthma bronchiale   | <input checked="" type="checkbox"/> Morbus Parkinson   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input checked="" type="checkbox"/> Mukoviszidose  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)                   | <input checked="" type="checkbox"/> Multipler Sklerose   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Doppelamputation  | <input checked="" type="checkbox"/> Muskeldystrophie   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glasknochen   | <input checked="" type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese   | <input checked="" type="checkbox"/> Polyneuropathie  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Marfan-Syndrom  | <input checked="" type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morbus Bechterew  |  |

|   |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrome |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kollagenosen          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morbus Bechterew      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Osteoporose           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |

Nur mit den „Grünen“ Beschwerdebildern kann bei uns an der Wassergymnastik teilgenommen werden.

Mit diesem Beschwerdebild ist nur die Teilnahme an unserer Trockengymnastik möglich.

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)     24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Herzsport wird bei uns nicht angeboten.

**Rehabilitationssport in Herzgruppen** ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

In diesem Feld gibt der Arzt eine „Empfehlung“, an wie vielen Übungseinheiten pro Woche teilgenommen werden sollte.

Der Arzt muss in diesem Feld einen Stempel und eine Unterschrift setzen.

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

1 mal     2 mal

3 mal, Begründung \_\_\_\_\_

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Hier muss der Versicherte unterschreiben und den Leistungsanbieter / die Institution eintragen, bei dem die Übungseinheiten abgeleistet werden sollen.

**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

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt. Dieses kann von der „Empfehlung“ des Arztes abweichen.

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

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

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Rehabilitationssports</b> gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für<br><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten /18 Monate<br><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /36 Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Übungseinheiten<br><input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)<br><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)<br><input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen) | <input type="checkbox"/> <b>Funktionstrainings</b> gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX<br>Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen<br><input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal<br>für die Dauer von<br><input type="checkbox"/> 12 Monaten<br><input type="checkbox"/> 24 Monaten<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monaten |
|--|---|

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt. Dieses kann von der „Empfehlung“ des Arztes abweichen.

Eine Teilnahme an einer „Doppeleinheit Wassergymnastik“ 2 x 20 Min. hintereinander, muss die Krankenkasse hier genehmigen.

Hier muss die Krankenkasse den Genehmigungszeitraum eintragen und abstempeln

für den Zeitraum vom       längstens bis

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

Datum:

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

**Erst wenn die Verordnung vollumfänglich ausgefüllt und von der Krankenkasse genehmigt wurde, ist ein Beratungsgespräch - zur Aufnahme in einen Gruppenkurs - möglich.**