

# Antrag auf Kostenübernahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb.am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Arbeitsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

**Hinweis:** Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden.

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden  
 Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

**wird vom Teilnehmer ergänzt**

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_ | \_\_\_\_ Datum

Ich beginne mit Rehabilitationssport/ Funktionstraining voraussichtlich am \_\_\_\_\_ Datum

Unterschrift des Versicherten

## Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

Gymnastik       Schwimmen       Leichtathletik

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

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

**Rehabilitationssport ist notwendig für**

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Regelfall)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten nur bei

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

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

120 Übungseinheiten in 36 Monaten

**Empfohlene Funktionstrainingsarten**

Trockengymnastik

Wassergymnastik

**Funktionstraining ist notwendig für**

12 Monate (Regelfall)

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

<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrome
<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

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

24 Monate

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

**Rehabilitationssport in Herzgruppen** ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 30 Monaten

120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Kinderherzgruppen)

**Zusätzliche Angaben des Arztes bei Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen**

Befund vom \_\_\_\_\_  
(Nachweis nicht älter als 6 Monate)

Ejektionsfraktion \_\_\_\_\_ %

Bei standardisierter Fahrradergometrie im Sitzen erreichte max. Belastbarkeit \_\_\_\_\_ Watt max. Puls/min \_\_\_\_\_ max. mm HG

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit \_\_\_\_\_ W/kg Körpergewicht  
(max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100)

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit aufgrund von Ischämie-Kriterien \_\_\_\_\_ W/kg Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angaben zur Medikation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

90 Übungseinheiten in 30 Monaten

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

1 mal     2 mal     3 mal, Begründung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

X

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

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

**Rehabilitationssports** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX

für 50 Übungseinheiten / 18 Monate

für 120 Übungseinheiten / 36 Monate

für 90 Übungseinheiten / 30 Monate (Herzgruppen)

für 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

längstens bis \_\_\_\_\_

**Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1 mal     2 mal     3 mal

für die Dauer von

12 Monaten

24 Monaten

längstens bis \_\_\_\_\_

**gültig erst mit Genehmigung der Krankenkasse**

Datum \_\_\_\_\_

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

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