

Antrag auf Kostenübernahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-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

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

 Ich beginne mit Rehabilitationssport/
Funktionstraining voraussichtlich am _____

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 bedrohter 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"/> Multipler 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

90 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
(max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100) _____ Körpergewicht

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit _____ W/kg
aufgrund von Ischämie-Kriterien _____ 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 _____

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 _____

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

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

Datum _____

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.