

# Antrag auf Kostenübernahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	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       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
  - Fibromyalgie-Syndrome
  - Kollagenosen
  - Morbus Bechterew
  - Osteoporose
  - Polyarthrosen, schwer
  - Psoriasis-Arthritis
  - Rheumatoide Arthritis

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

24 Monate

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 (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100)  W/kg  Körpergewicht

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

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

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

- für 50 Übungseinheiten / 18 Monate
  - für 120 Übungseinheiten / 36 Monate
- Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
- 1 mal
  - 2 mal
  - 3 mal

- für die Dauer von
- 12 Monaten
  - 24 Monaten
  - längstens bis
  - längstens bis

Datum

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift