

Name, Vorname des Versicherten

Adressfeld vollständig ausfüllen

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

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

### Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

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

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

Ziel des Rehabilitationssports/F

Entweder wird Trocken- oder Warmwassergymnastik verordnet; oder beides, aber nur dann wenn KK 2 ÜE/Woche genehmigt

#### Empfohlene Rehabilitationssportarten

Gymnastik (auch im Wasser)

Bewegungsspiele

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

Sonstige

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) 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 Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)

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

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

#### 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

<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

Im Regelfall werden 50 Übungseinheiten verordnet, bei schwerwiegenden Diagnosen können 120 Übungseinheiten empfohlen werden.

Kiez für Kids - Freizeitsport e.V.

Längere Leistungszeiten, 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)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining der Leistungszeiten, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich

Im Regelfall werden Übungseinheiten für 12 Monate verordnet, bei schwerwiegenden Diagnosen können Übungseinheiten bis 24 Monaten empfohlen werden.

**allgemeine  
Vorgehensweise:**

1. Die Verordnung wird vom Arzt ausgefüllt.
2. Die Reha-/ Funktionssporteinrichtung bestätigt den Sportgruppenplatz und den möglichen Beginn der Maßnahme.
3. Die Verordnung wird von der Krankenkasse bewilligt.

**Rehabilitationssport in Herzgruppen**

- 90 Übungseinheiten in 24 Monaten
- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten
- Übungseinheiten bei Abw.

Längere Leistungsdauer, wenn bei K. die langfristige Durchführung des Üb. oder noch nicht möglich ist.

- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

**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

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des ausstellenden Arztes

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

MMJJ

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Versicherten

**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
- 120 Übungseinheiten /36 Monate
- Übungseinheiten
- 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)
- 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
- 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)

- 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
- Monaten

für den Zeitraum vom TTMMJJ

längstens bis TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Kostenträgers (Kasse)

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

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

Freizeitsport e.V.

Kieler Kids