

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Antrag auf Kostenübernahme56

☒ für Rehabilitationssport

☐ für Funktionstraining

vom Kinderarzt
ankreuzen lassen!

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

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

☐ erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

☐ Gymnastik
(auch im Wasser)

☐ Schwimmen

☐ Ausdauer- und
Kraftausdauerübungen

☐ Bewegungsspiele

☐ Sonstige

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

Rehabilitationssport ist notwendig für

☐ 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgen-
den Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen
insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

☐ Asthma bronchiale

☐ Morbus Parkinson

☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten
vor Antragstellung erworben

☐ Mukoviszidose

☐ Chronisch-obstruktive
Lungenkrankheit (COPD)

☐ Multipler Sklerose

☐ Dementielles Syndrom,
leicht bis mittelgradig

☐ Muskeldystrophie

☐ Diabetes mellitus mit
Folgeerkrankungen

☐ Niereninsuffizienz, terminal

☐ Doppelamputation

☐ Organische Hirnschädigung

☐ Epilepsie, therapieresistent

☐ Polyneuropathie

☐ Infantile Zerebralparese

☐ Querschnittlähmung,
schwere Lähmung

☐ Intelligenzminderung,
mittelgradig

☐ andere vergl. Krankheit(en)
(vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

☐ Morbus Bechterew

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

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

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

☐ 24 Monate (Richtwert)

☐ Folgeverordnung mit Begründung,
warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

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

☐ Fibromyalgie-Syndrom

☐ Kollagenosen

☐ Morbus Bechterew

☐ Osteoporose

☐ Polyarthrosen, schwer

☐ Psoriasis-Arthritis

☐ Rheumatoide Arthritis

Rehabilitationssport ist notwendig für ☐ Herzgruppe ☐ Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

☐ **Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

☐ **Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

☐ nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

☐ wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

☐ **Kinderherzgruppen** 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Funktionstraining
als Trockengymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Funktionstraining
als Wassergymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

☐☐☐ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

T T M M J J

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

M M J J

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

☐ **Rehabilitationssports**

☐ 50 Übungseinheiten / 18 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐ Herz-
gruppe ☐ Herzinsuffizienz-
gruppe

☐ 90 Übungseinheiten / 24 Monate

☐ 45 Übungseinheiten / 12 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

☐ 28 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

☐☐☐ Übungseinheiten

☐ **Funktionstrainings**

☐ 12 Monate

☐ 24 Monate

☐☐ Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

für den Zeit-
raum vom T T M M J J

längstens
bis

T T M M J J

Datum

T T M M J J

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

Freigabe 09.09.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift