

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 07.05.2007** **Antrag auf Kostenübernahme** **56**

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Vertragsart-Nr.: _____ Wk. gültig bis: _____ Datum: _____

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 _____ Datum: _____

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

Asthma bronchiale Morbus Parkinson

Blindheit, in den letzten 12 Monaten
vor Antragsstellung erworben Mukoviszidose

Chronischer obstruktiver
Lungenkrankheit (COPD) Multipler Siderose

Doppellamputation Muskeldystrophie

Epilepsie,
therapieresistent Niereninsuffizienz,
terminal Organische
Hirnschädigung

Gasknochen Polyneuropathie

Infantiler
Zerebralparese Querschnittlähmung,
schwere Lähmung
(Paraparese, Paraplegie,
Tetraplegie)

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

Morbus Bechterew 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

24 Monate

Muster 56 (7/2007)

Unbedingt beachten:
Unterscheidung zwischen Rehabilitationssport
und Funktionstraining vornehmen.

Hauptdiagnose, wegen der Rehabilitationssport
erforderlich wird, zuerst angeben.

Hier bitte insbesondere die
Mobilitätsbeeinträchtigungen angeben.

Feld für Folgeverordnung bei geistiger oder
psychischer Krankheit/Behinderung

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. max. mm Hg

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit _____ 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 EDM berechnungsfähig

Datum: _____

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 /20 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 _____

Datum: _____

Freigabe 07.05.2007

Verbindliches Muster

Beispiel der Krankenkasse / Unterschrift

Diese zusätzlichen kardiologischen Angaben
sind unbedingt erforderlich, da sonst die
Leistungsfähigkeit nicht eingeschätzt werden
kann.

Begründung ist nur bei dreimaliger Teilnahme
pro Woche notwendig.