

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

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

**Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/  
Funktionstraining**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnos

**Hier Herzerkrankungen eintragen lassen! KEIN HERZINSUFFIZIENZ!**

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

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Verbindliches Muster**

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 folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Infantile Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung
<input type="checkbox"/> Intelligenzminderung, mittelgradig	
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

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

\_\_\_\_\_

**KEIN Funktionstraining**

**darf nicht ausgefüllt werden!**

# Hier muss "Herzgruppe" angekreuzt werden

45 oder 90 Übungseinheiten

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

**Stempel und  
Unterschrift des  
Arztes dürfen  
nicht fehlen!**

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

Datum

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

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe

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

**Stempel und  
Unterschrift der  
Krankenkasse dürfen  
nicht fehlen!**

Freigabe 09.09.2022

**Verbindliches Muster**

für den Zeitraum vom  längstens bis

Datum

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift