

| | | |
|--------------------------------|------------------|------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Krankenkasse/Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| Name, Vorname | geb. am | Geb.-Datum |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Kostentr.kennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| Betr.stätten-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 Nebendiagnose

verordnungsrelevante Diagnose(n) ...

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

Schädigungen der ...

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Ziele des Rehabilitationssports

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)

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-Syndrom |
| <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 |

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

nur bei Folgeverordnung

oder

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

oder

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

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

* Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

sofern bei uns:

Bonner Herzsportgruppen für Prävention und Rehabilitation e.V., 53111 Bonn

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Datum

* nur bei Folgeverordnung

Datum

Unters. des Versicherten

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

für den Zeitraum vom längstens bis

Datum

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

Freigabe 09.09.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift