

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

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Hinweis: Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden.

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

<input type="checkbox"/> Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit	<input type="text"/>	Datum	Unterschrift des Versicherten
<input type="checkbox"/> Ich beginne mit Rehabilitationssport/ Funktionstraining voraussichtlich am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Diabetes mellitus Typ 2

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Optimierung des diabetischen Stoffwechsels

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

- | | |
|--|---|
| <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 Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | |

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

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

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

24 Monate

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 in Sitzen erreichte max. Belastbarkeit Watt max. Puls/min max. mm HG

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100) W/kg Körpergewicht

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit aufgrund von Ischämie-Kriterien W/kg Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie

Angaben zur Medikation

Glibenclamid, Metformin

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 EBM berechnungsfähig

Datum **01.01.09**

Praxisstempel

Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 /30 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

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

Datum

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift