

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 Lungenerkrankung (COPD) Multipler Siderose

Doppellamputation Muskeldystrophie

Epilepsie, therapieresistent Niereninsuffizienz, terminal

Gasknochen Organische Hirnschädigung

Infantiler Zerebralparese Polyneuropathie

Marfan-Syndrom Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraplegie)

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

Muster 56 (7/2005)

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. 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: _____

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

Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 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: _____

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.