

# Ausfüllhilfe

**für den  
Antrag auf Kostenübernahme  
Rehabilitationssport, Muster 56**

- Rehasport Innere Medizin
- Herzsport
- Herzinsuffizienz-Sport
- Lungensport
- Rehasport Orthopädie
- Rückenschule
- Wassergymnastik

...



**BVS Reha-Sportverein**  
Waldsassen e.V.

# **Ausfüllhilfe: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / für Funktionstraining, Muster 56**

## **Rehabilitationssport – mehr als Bewegung**

Rehabilitationssport trägt nicht nur zur körperlichen Gesundheit bei, sondern stärkt auch das soziale Wohlbefinden durch gemeinsame sportliche Aktivitäten in der Gruppe.

## **Ein wichtiger Punkt vorweg**

Die Verordnung von Rehabilitationssport ist für Sie als behandelnden Arzt kostenneutral und belastet Ihr Budget nicht.

## **Warum diese Ausfüllhilfe?**

Wir wissen, dass Ihre Zeit wertvoll ist und Ihr Fokus auf der Gesundheit und Genesung Ihrer Patienten liegt. Deshalb haben wir diese Ausfüllhilfe für das Formular „Muster 56“ entwickelt – damit Sie und Ihr Team wertvolle Zeit sparen. So bleibt Ihnen mehr Raum für das, was wirklich zählt: die Betreuung Ihrer Patienten.

## **Aufbau der Ausfüllhilfe**

Unsere Ausfüllhilfe ist übersichtlich nach den verschiedenen Verordnungsmöglichkeiten (A bis F) gegliedert und führt Sie Schritt für Schritt durch das Formular „Muster 56“.

**A:** Rehasport Orthopädie und Wassergymnastik Erstverordnung

**B:** Rehasport Orthopädie und Wassergymnastik Folgeverordnung

**C:** Rehasport Herzsport Erstverordnung

**D:** Rehasport Herzsport Folgeverordnung

**E:** Rehasport Herzinsuffizienz Erstverordnung

**F:** Rehasport Herzinsuffizienz Folgeverordnung

Wir sind überzeugt, dass diese Ausfüllhilfe Sie von administrativen Aufgaben entlastet und Ihnen ermöglicht, Ihre wertvolle Zeit dort einzusetzen, wo sie am dringendsten benötigt wird – bei Ihren Patienten.

**Ihr BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.**

[www.BVS-Waldsassen.de](http://www.BVS-Waldsassen.de)

## **Fragen oder Anregungen?**

Falls Sie weitere Exemplare unserer Ausfüllhilfe benötigen oder Verbesserungsvorschläge haben, nutzen Sie einfach unser Kontaktformular für Ärzte:

[www.bvs-waldsassen.de/kontakt-fuer-aerzte/](http://www.bvs-waldsassen.de/kontakt-fuer-aerzte/)





## Ausfüllhilfe: Orthopädie und Wassergymnastik

# A

### Rehasport Orthopädie, Lungensport und Wassergymnastik Erstverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„Gymnastik (auch im Wasser)“ ankreuzen
4	50 Übungseinheiten alternativ 120 Übungseinheiten. Hier Krankheit und Schwere der Erkrankung angeben.
5	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
6	Immer „Rehabilitationssport“ ankreuzen 50 Übungseinheiten alternativ 120 Übungseinheiten, wenn bei Punkt 4 alternativ 120 Stunden angegeben wurden.

# B

### Rehasport Orthopädie, Lungensport und Wassergymnastik Folgeverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„Gymnastik (auch im Wasser)“ ankreuzen
4	50 Übungseinheiten alternativ 120 Übungseinheiten. Hier Krankheit und Schwere der Erkrankung angeben.
5	„Folgeverordnung mit Begründung“ ankreuzen. Begründung der Folgeverordnung angeben.
6	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
7	Immer „Rehabilitationssport“ ankreuzen 50 Übungseinheiten alternativ 120 Übungseinheiten, wenn bei Punkt 4 alternativ 120 Stunden angegeben wurden.





## Ausfüllhilfe: Herzsport und Herzinsuffizienz

**C**

### Rehasport Herzsport Erstverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„Herzgruppe“ und „Erstverordnung“ ankreuzen
4	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
5	„Rehabilitationssport“, „Herzgruppe“ und „90 Übungsstunden/24 Monate“ ankreuzen

**D**

### Rehasport Herzsport Folgeverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„Herzgruppe“ und „Folgeverordnung“ ankreuzen
4	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
5	„Rehabilitationssport“, „Herzgruppe“ und „45 Übungsstunden/12 Monate“ ankreuzen

**E**

### Rehasport Herzinsuffizienz Erstverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„ Herzinsuffizienzgruppe...“ und „Erstverordnung“ ankreuzen
4	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
5	„Rehabilitationssport“, „Herzinsuffizienzgruppe“ und „90 Übungsstunden/24 Monate“ ankreuzen

**F**

### Rehasport Herzinsuffizienz Folgeverordnung

1	„Für Rehabilitationssport“ ankreuzen
2	Diagnose
3	„ Herzinsuffizienzgruppe...“ und „Folgeverordnung“ ankreuzen
4	Häufigkeit der Reha-Maßnahme pro Woche. alternativ 2 oder 3 Maßnahmen pro Woche. Bei 3 Maßnahmen pro Woche Begründung angeben.
5	„Rehabilitationssport“, „Herzinsuffizienzgruppe“ und „45 Übungsstunden/12 Monate“ ankreuzen



Antrag auf Kostenübernahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Kostenträgerkennung  Versicherten-Nr.  Status

Berufstatistiken-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

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevanten(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabedbedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser)  Schwimmen  Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele  Sonstige  Trockengymnastik  Wassergymnastik

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik  Wassergymnastik

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

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

**BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.**

<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgie- Syndrom
<input type="checkbox"/>	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	<input type="checkbox"/>	Kollagenosen
<input type="checkbox"/>	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/>	Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Polyarthrosen- schwer
<input type="checkbox"/>	Doppelamputation	<input type="checkbox"/>	Psoriasis-Arthritis
<input type="checkbox"/>	Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis
<input type="checkbox"/>	Infantile Zerebralparese	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Intelligenzminderung, mittelgradig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/>	

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

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

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621EBM berechnungsfähig

Vontragartzstempel /Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

MMJJJJ

Datum

Unterschrift des Versicherten

TTMMJJJJ

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports  Funktionstrainings

50 Übungseinheiten /18 Monate  12 Monate

120 Übungseinheiten /36 Monate  24 Monate

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe

90 Übungseinheiten /24 Monate

45 Übungseinheiten /12 Monate

120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

1x  2x  3x

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1x  2x  3x

Übungseinheiten

für den Zeitraum vom TTMMJJJJ langstens bis TTMMJJJJ

Datum

TTMMJJJJ

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

Stempel der Krankenkasse /Unterschrift

TTMMJJJJ

Antrag auf Kostenübernahme

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

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevanten(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabedbedarf 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 erwerbsfähiger Leistungsberechtigter

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik  Wassergymnastik

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

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)  
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Asthma bronchiale	Mukoviszidose	Fibromyalgie- Syndrom
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Multipler Sklerose	Kollagenosen
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Muskeldystrophie	Morbus Bechterew
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Niereninsuffizienz, terminal	Osteoporose
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Doppelamputation	Polyarthrosen, schwer
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Epilepsie, therapieresistent	Psoriasis-Arthritis
Doppelamputation	Infantile Zerebralparese	Rheumatoide Arthritis
Epilepsie, therapieresistent	Intelligenzminderung, mittelgradig	
Infantile Zerebralparese	Morbus Bechterew	
Intelligenzminderung, mittelgradig		
Morbus Bechterew		

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

6

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

Datum

TT MM JJ  
 Vertragsarztstempel /Unterschrift des Arztes

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621EBM berechnungsfähig

Antrag auf Kostenübernahme

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

BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Datum

MM JJ JJ  
 Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports  Funktionstrainings

50 Übungseinheiten /18 Monate  12 Monate

120 Übungseinheiten /36 Monate  24 Monate

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe  Monate

90 Übungseinheiten /24 Monate

45 Übungseinheiten /12 Monate Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)  1x  2x  3x

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

für den Zeitraum vom TT MM JJ langstens bis TT MM JJ Datum

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

TT MM JJ  
 Stempel der Krankenkasse /Unterschrift

7

Antrag auf Kostenübernahme

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

**1**  für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

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

**2** **Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevanten(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabedbedarf 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 irdenlich

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

Asthma bronchiale	Mukoviszidose	Fibromyalgie- Syndrom
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Multipler Sklerose	Kollagenosen
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankheit (COPD)	Muskeldystrophie	Morbus Bechterew
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Niereninsuffizienz, terminal	Osteoporose
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Organische Hirnschädigung	Polyarthrosen, schwer
Doppelamputation	Polynuropathie	Psoriasis-Arthritis
Epilepsie, therapieresistent	Infantile Zerebralparese	Rheumatoide Arthritis
Intelligenzminderung, mittelgradig	Morbus Bechterew	
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)

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

**3**

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

Datum

TT MM JJ

Vontragartzstempel / Unterschrift des Arztes

**Antrag auf Kostenübernahme**

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

**BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.**

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

MM JJ JJ

Datum

TT MM JJ

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

Datum

TT MM JJ

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

Stempel der Krankenkasse /Unterschrift

Antrag auf Kostenübernahme

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

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

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevanten(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabedbedarf 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 erwerbsfähiger Leistungsberechtigter

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

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankheit (COPD)	Multiple Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polynuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	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

3

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  
 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

TT MM JJ

Vontragartzstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

MM JJ JJ

Datum

TT MM JJ

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

für den Zeitraum vom TT MM JJ langstens bis TT MM JJ

Datum

TT MM JJ

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

Stempel der Krankenkasse /Unterschrift

5

Rehabilitationssports

12 Monate

24 Monate

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe

12 Monate

24 Monate

1x  2x  3x

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

Übungseinheiten

für den Zeitraum vom TT MM JJ langstens bis TT MM JJ

Datum

TT MM JJ

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

Stempel der Krankenkasse /Unterschrift



Antrag auf Kostenübernahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Kostenartenkennung  Versicherten-Nr.  Status

Berufskategorie-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

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevanten(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten und Teilhabe

©BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser)  Schwimmen  Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele  Sonstige  Wassergymnastik

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

12 Monate (Richtwert)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polynuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	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

3

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

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621EBM berechnungsfähig

Vontragartzstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

BVS Reha-Sportverein Waldsassen e.V.

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

für den Zeitraum vom  langstens bis

Datum

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

5

Funktionstrainings

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1x  2x  3x

Datum