

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

Antrag auf Kostenübernahme

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 verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

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

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"/>	
<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

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

