

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport

Antrag des Versicherten

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport

Hinweis

Rehabilitationssport wird von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und kann daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden

Der Rehabilitationssport soll bei folgendem anerkannten Leistungsanbieter durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport bereits teil seit (Monat/Jahr)

Ich werde voraussichtlich am mit dem Rehabilitationssport beginnen

Einverständniserklärung zum Datenschutz gemäß § 76 Abs. 2 Ziffer 1 SGB X

Hinweis: Sie haben das Recht, der Übermittlung Ihrer in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an den oben genannten Leistungsanbieter sowie Übungsleiter/-in durch Ihre Krankenkasse zu widersprechen

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine auf dieser Verordnung enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an die von mir ausgesuchte Rehabilitationssportgemeinschaft zur Kenntnis des/der Übungsleiter/-in und des betreuenden Gruppenarztes sowie mit der Abrechnung der Vergütungen auch an die Krankenkasse gelangen

Datum

Unterschrift des Versicherten

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport

Diagnose, gegebenenfalls relevante Nebendiagnosen

Funktions-/Belastungseinschränkungen

Aktivitätseinschränkung

Ziel des Rehabilitationssports

Ist der Patient gruppenfähig? ja nein, weil

Empfohlene Rehabilitationssportart Gymnastik Schwimmen Bewegungsspiele Leichtathletik Sonstige

Begründung zur empfohlenen sonstigen Sportart

Sind Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen notwendig? ja nein

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Regelfall)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten nur bei

schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität bei

Cerebralparese

Querschnittlähmung

Doppelamputation

schwerer Lähmung

schwerer Schädel-Hirn-Verletzung

organischer Hirnschädigung

geistiger Behinderung

schwerer chronischer Lungenkrankheit

Morbus Parkinson

Morbus Bechterew

Multipler Sklerose

in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworbener Blindheit

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten

Zusätzliche Angaben des Arztes bei (Folge-) Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen

Ejektionsfraktion %

Bei standardisierter Fahrradergometrie im Sitzen erreichte maximale Belastbarkeit Watt

Untersuchung am Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit W/kg Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie

Angaben zur Medikation

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1 mal 2 mal 3 mal, Begründung

Nimmt der Patient an einem Disease-Management-Programm teil?

nein ja, am Programm

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Für die ärztliche Verordnung ist die Gebühr nach Nr. 73 BMÄ/E-GO berechnungsfähig

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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 beim **Rehabilitationssport in Herzgruppen**

für 120 Übungseinheiten /36 Monate für 90 Übungseinheiten /24 Monate

längstens bis längstens bis

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

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster
Stempel der Krankenkasse / Unterschrift