

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
---	---	---	---	---	---

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift