

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-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 verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

--

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

--

Verbindliches Muster

☐ 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"/> 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