

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

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	Funktionstraining als Trockengymnastik
<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
	Funktionstraining als Wassergymnastik
	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

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

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse

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

<input type="checkbox"/> Rehabilitationssports
<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten /18 Monate
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /36 Monate
<input type="checkbox"/> Herz- gruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz- gruppe
<input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten /24 Monate
<input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten /12 Monate
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins
Übungseinheiten

<input type="checkbox"/> Funktionstrainings	
<input type="checkbox"/> 12 Monate	
<input type="checkbox"/> 24 Monate	
_____ Monate	
Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen	
<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x	

für den Zeit-
raum vom _____ längstens
bis _____ Datum _____

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift