

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

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Funktionstraining als Trockengymnastik ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Funktionstraining als Wassergymnastik ☐ 1x ☐ 2x ☐ 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

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

☐ **Rehabilitationssports**

☐ 50 Übungseinheiten / 18 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐ Herz-
gruppe ☐ Herzinsuffizienz-
gruppe

☐ 90 Übungseinheiten / 24 Monate

☐ 45 Übungseinheiten / 12 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

☐ 28 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

_____ Übungseinheiten

☐ **Funktionstrainings**

☐ 12 Monate

☐ 24 Monate

_____ Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

☐ 1x ☐ 2x ☐ 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