

Anlage 4a
Verordnungsvordruck GKV (Muster 56)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Rechtskennr. des Kostenträgers</td> <td style="text-align: right;">Freigabe 08.08.2022</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">nrh. 274</td> </tr> <tr> <td>Krankheitsnummer</td> <td>Versicherungs-Nr.</td> <td colspan="2">Mitarbeiter</td> </tr> <tr> <td>Krankenkassen-Nr.</td> <td>Ans-Nr.</td> <td colspan="2">Datum</td> </tr> </table>	Rechtskennr. des Kostenträgers			Freigabe 08.08.2022	Name, Vorname des Versicherten			nrh. 274	Krankheitsnummer	Versicherungs-Nr.	Mitarbeiter		Krankenkassen-Nr.	Ans-Nr.	Datum		<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Kostenübernahme</h2> <h3 style="margin: 0;">56</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <input type="checkbox"/> für Rehabilitations Sport </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0ffe0;"> <input checked="" type="checkbox"/> für Funktionstraining </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Rehabilitations Sport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.</p>																									
Rechtskennr. des Kostenträgers			Freigabe 08.08.2022																																							
Name, Vorname des Versicherten			nrh. 274																																							
Krankheitsnummer	Versicherungs-Nr.	Mitarbeiter																																								
Krankenkassen-Nr.	Ans-Nr.	Datum																																								
<h3 style="margin: 0;">Ärztliche Verordnung für Rehabilitations Sport/Funktionstraining</h3> <p style="font-size: small; margin: 0;">verordnungsgerechte Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="width: 15%;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsgerechte(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Ziel des Rehabilitations Sport/Funktionstrainings</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> erheblicher Teilhabebedarf für schwerbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppellamputation oder Hirnverletzung)</p>								<p style="font-size: small; margin: 0;">Diagnosekodex ICD-10-GM</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>																																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ffe0e0;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">Empfohlene Rehabilitations Sportart</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser)</td> <td><input type="checkbox"/> Schwimmen</td> <td><input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bewegungsspiele</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung betroffener Frauen und Mädchen erforderlich</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Rehabilitations Sport ist notwendig für</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 80 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mukoviszidose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Multipler Sklerose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Muskelatrophie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nierenauffälligkeit, terminal</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Doppellamputation</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polyneuropathie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fibromyalgie-Syndrom</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Kollagenosen</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Osteoporose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polytrauma, schwer</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pectus-Arthritis</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rheumatoide Arthritis</td></tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> 25 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung betroffener Frauen und Mädchen erforderlich</p> </div>	<input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser)	<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen	<input type="checkbox"/> Bewegungsspiele	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 80 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)	<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mukoviszidose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Multipler Sklerose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Muskelatrophie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nierenauffälligkeit, terminal</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Doppellamputation</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polyneuropathie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)</td></tr> </table>	Asthma bronchiale	Morbus Parkinson	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose	Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig	Muskelatrophie	Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Nierenauffälligkeit, terminal	Doppellamputation	Organische Hirnschädigung	Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie	Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung	Intelligenzminderung, mittelgradig		Morbus Bechterew	andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fibromyalgie-Syndrom</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Kollagenosen</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Osteoporose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polytrauma, schwer</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pectus-Arthritis</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rheumatoide Arthritis</td></tr> </table>	Fibromyalgie-Syndrom	Kollagenosen	Morbus Bechterew	Osteoporose	Polytrauma, schwer	Pectus-Arthritis	Rheumatoide Arthritis	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0ffe0;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">Empfohlene Funktionstrainingsarten</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Taekwondo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Wassergymnastik</td></tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Funktionstraining ist notwendig für</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</td> <td><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</td> </tr> </table> </div>	<input type="checkbox"/> Taekwondo	<input type="checkbox"/> Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)	<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
<input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser)	<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen																																								
<input type="checkbox"/> Bewegungsspiele	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input style="width: 100px;" type="text"/>																																								
<input type="checkbox"/> 80 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)																																										
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mukoviszidose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Multipler Sklerose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Muskelatrophie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nierenauffälligkeit, terminal</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Doppellamputation</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polyneuropathie</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)</td></tr> </table>	Asthma bronchiale	Morbus Parkinson	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose	Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig	Muskelatrophie	Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Nierenauffälligkeit, terminal	Doppellamputation	Organische Hirnschädigung	Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie	Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung	Intelligenzminderung, mittelgradig		Morbus Bechterew	andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fibromyalgie-Syndrom</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Kollagenosen</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Morbus Bechterew</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Osteoporose</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Polytrauma, schwer</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pectus-Arthritis</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rheumatoide Arthritis</td></tr> </table>	Fibromyalgie-Syndrom	Kollagenosen	Morbus Bechterew	Osteoporose	Polytrauma, schwer	Pectus-Arthritis	Rheumatoide Arthritis														
Asthma bronchiale	Morbus Parkinson																																									
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose																																									
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose																																									
Demenelles Syndrom, nicht bis mittelgradig	Muskelatrophie																																									
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Nierenauffälligkeit, terminal																																									
Doppellamputation	Organische Hirnschädigung																																									
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie																																									
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung																																									
Intelligenzminderung, mittelgradig																																										
Morbus Bechterew	andere versch. Krankheiten (vgl. I. Diagnosekriterien)																																									
Fibromyalgie-Syndrom																																										
Kollagenosen																																										
Morbus Bechterew																																										
Osteoporose																																										
Polytrauma, schwer																																										
Pectus-Arthritis																																										
Rheumatoide Arthritis																																										
<input type="checkbox"/> Taekwondo																																										
<input type="checkbox"/> Wassergymnastik																																										
<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)	<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität																																									
<p style="font-size: small; margin: 0;">Längere Leistungszeiten, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert)</td> <td><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin: 0;"><input type="checkbox"/> Folgeerkrankung mit Begrenztheit, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert)	<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)																																							
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert)	<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)																																									
Seite 42 (1/2022)																																										

Rehabilitationsport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwert)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwert)

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 (Richtwert)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationsport

1x 2x 3x

Funktionstraining

☑️ Trockergymnastik 1x 2x 3x

Funktionstraining
☑️ Wassergymnastik 1x 2x 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationsport / Monate bei Funktionstraining

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

Ich nehme am Rehabilitationsport/
Funktionstraining bereits teil seit

Datum

Unterschrift des Versichereten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

Rehabilitationsports

90 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

Herz-
gruppe Herzinsuffizienz-
gruppe

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

24 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

Funktionstrainings

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

1x 2x 3x

für den Zeitraum vom längstens bis

Datum

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

Freigabe 08.08.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift