

**Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für**

- 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung
- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen
- Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

- 1 mal     2 mal

- 3 mal, Begründung \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Antrag auf Kostenübernahme**

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

**Verein für Rehasport und Gesundheitsförderung e.V.**

(Rahlstedter Str.24 , 22149 Hamburg,  
Tel. 040 - 60731866)

- Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten

**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. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für
- 50 Übungseinheiten /18 Monate
  - 120 Übungseinheiten /36 Monate
  - Übungseinheiten
  - 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)
  - 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
  - 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)

- Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
- 1 mal     2 mal     3 mal
- für die Dauer von
- 12 Monaten
  - 24 Monaten
  - Monaten

für den Zeitraum vom       längstens bis

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift