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 _____

Zentrum für [redacted] die

[redacted]

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum 26.08.20

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

[redacted]

Tel. [redacted]

www.reha-und-sport-lounge [redacted]

☐ Ich nehme am Rehabilitationssport/Funktionstraining bereits teil seit ☐☐☐☐

Datum ☐☐☐☐☐☐

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. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX

☐ **Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 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)

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

☐ 1 mal ☐ 2 mal ☐ 3 mal

für die Dauer von

☐ 12 Monaten

☐ 24 Monaten

☐☐ Monaten

für den Zeitraum vom ☐☐☐☐☐☐ längstens bis 06.06.2022

Ihre Originalverordnung wurde digital archiviert. Diese Verordnung entspricht dem Original und dient bei der Abrechnung als Anspruchsnachweis.

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

Datum 07.09.2020

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE
Burggrafstraße 1 · 29221 Celle
Internet: www.bkk-mobil-oil.de

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift