

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

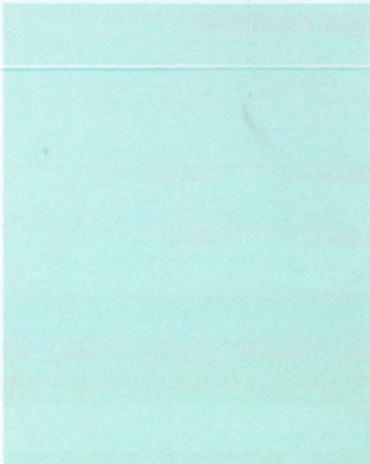
Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

- 1 mal 2 mal

- 3 mal, Begründung _____



Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

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

Gesundheitssport im TV Goch
Nicole Flinterhoff
An der Vulkeshöhle 23 - 47574 Goch
Telefon: 0 28 23 / 41 98 60
Mail: gesundheitssport@tvgoch.de

- Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

TTMMJJ

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 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. § 44 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 TTMMJJ längstens bis TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

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



Stempel der Krankenkasse / Unterschrift