

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

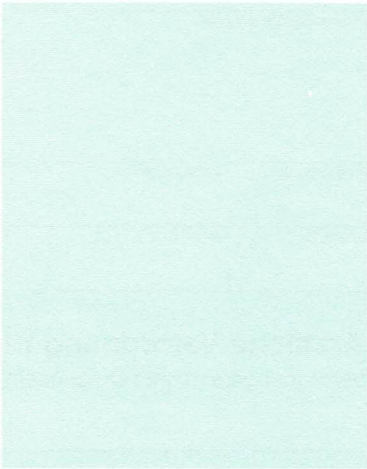
- 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung
- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen
- Übungseinheiten bei Abweichung von oben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

Verein zur Förderung von  
Gesundheit und Herzsport e. V.  
Ake Kieler Landstraße 134a  
24768 Rendsburg  
Tel.: 04331 6643011  
E-Mail: guh.eck@gmx.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. § 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

TTMMJJ

längstens bis

TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

