	ersicherten		V für Dahahilitat	ionoonort
		geb. am	X für Rehabilitat	ionssport
gorkon	Voreigh out on Al-	Chabing	für Funktionst	raining
gerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Rehabilitations sport/Funktions	straining werden von den Krankenkasser
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		er Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gest
			ationssport/Funktionstralls relevante Nebendiagnose(n)	aining
veroruna	ingsreievante Diagn	ose(ii), gegeberierila	ins relevante rrependiagnose(n)	
Schädigu	ung der Körperfunk	tionen und Körperstr	rukturen für die verordnungsreleva	ante Beeinträchtigung der Aktivität und To
Ziel des	Rehabilitationsspor	ts/Funktionstrainings	3	
	lene Rehabilitation mnastik	nssportart		Empfohlene Funktionstrainingsart
	ch im Wasser)	Schwimmen	Leichtathletik	Trockengymnastik
Bev	wegungsspiele	Sonstige		Wassergymnastik
Übı	ungen zur Stärkung	des Selbstbewusstsei	ns behinderter oder von der	
	ninderung bedrohter tationssport ist no	Frauen und Mädchen	erforderlich	/
	tationssport ist no			
				Funktionstraining ist notwendig für
		18 Monaten (Richtw	verte)	12 Monate (Richtwert)
50	Übungseinheiten in			12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richt	werte) nur bei	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Beninderunger schwerer Beeinträchtigung
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richt	werte) nur bei Morbus Parkinson	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben	werte) nur bei	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Beninderunger schwerer Beeinträchtigung
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver	werte) nur bei Morbus Parkinson	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	werte) nur bei Morbus Parkinson Mukoviszidose	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	werte) nur bei Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderungs schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibronyalgie-Syndron Kollagenosen
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie,	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	werte) nur bei Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibronyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew
50	Übungseinheiten in Ö Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	werte) nur bei Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderungs schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schwere
50	Übungseinheiten in Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung,	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schweiten Psoriasis-Arthritis
50	Übungseinheiten in Ö Übungseinheiten i Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD)	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie,	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderungs schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schwere
50	Übungseinheiten in Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese Marfan-Syndron Morbus Bechter	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD) on	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schweiten Psoriasis-Arthritis
50	Übungseinheiten in Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese Marfan-Syndron Morbus Bechter Übungseinheiten (Rie	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD) on	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie,	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schweiten Psoriasis-Arthritis
50	Übungseinheiten in Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese Marfan-Syndron Morbus Bechter Übungseinheiten (Ribehinderter oder vor	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale ale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD) on t	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) des Selbstbewusstseins drohter Frauen und Mädchen	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schweiten Psoriasis-Arthritis
50	Übungseinheiten in Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese Marfan-Syndron Morbus Bechter Übungseinheiten (Ribehinderter oder vor	18 Monaten (Richtwin 36 Monaten (Richtwale letzten 12 Monaten ng erworben struktiver t (COPD) on t	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) des Selbstbewusstseins drohter Frauen und Mädchen on oben genannten Richtwerten	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrornyalgie-Syndron Kol/agenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schwer Psoriasis-Arthritis Rheumatoide Arthritis
50 120 120 120 120 120 120 120 120 120 12	Übungseinheiten in Asthma bronchia Blindheit, in den vor Antragsstellu Chronischer-obs Lungenkrankheit Doppelamputati Epilepsie, therapieresistent Glasknochen Infantiler Zerebralparese Marfan-Syndron Morbus Bechter Übungseinheiten (Ribehinderter oder vor Übungseinheiter Leistungsdauer, wei	ale letzten 12 Monaten gerworben struktiver t (COPD) on t rew chtwert) zur Stärkung n der Behinderung vo	Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) des Selbstbewusstseins drohter Frauen und Mädchen on oben genannten Richtwerten	12 Monate (Richtwert) 24 Monate (Richtwert) nur bei genden gesicherten chronis Krankheiten/Behinderunger schwerer Beeinträchtigung Beweglichkeit/Mobilität Fibrorhyalgie-Syndron Kollagenosen Morbus Bechterew Osteoporose Polyarthrosen, schweiten Psoriasis-Arthritis

00 files in beiten in 04 Manneton (Bi	otwendig für	
90 Ubungseinneiten in 24 Monaten (Ri	chtwerte) als Erstverordnang	
45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Ri nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Kö	chtwerte) bei weiterer Verordnung rpergewicht	
120 Übungseinheiten in 24 Monaten (F	Richtwerte) bei Kinderherzgruppen	
Übungseinheiten bei Abweichun	ng von oben genannten Richtwerten	
Längere Leistungsdauer wenn bei kognitive die langfristige Durchführung des Übungsproder noch nicht möglich ist.	en und psychischen Beeinträchtigungen rogramms in Eigenverantwortung nicht	
45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Ri	ichtwerte)	
Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übung für Rehabilitationssport/Funktionstraining	gsveranstaltungen g	
1 mal 2 mal		
3 mal, Begründung		
	Datum	
Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig		
THE COLOR DOLLAR BOLLAND		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Antrag auf Kostenübernahme		
Rehabilitationssport/Funktionstraining soll b	nei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werde	an and a second
Rehabilitationssport/Funktionstraining soll be Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort	bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werde	en
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort	vei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werde Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si	
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si	
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si	
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si Datum T T M M J J er Krankenkasse	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si Datum T M J J Per Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun Funktionstrainings	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si Datum T T M J J Per Krankenkasse shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V ich m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV	Vürttemberg e. V. – Abt. Albstadt (Fitness World) – Si Datum TIMMJJ Er Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V✓	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX	Datum TIMMJJ Datum TIMMJJJ Per Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX Anzahl wöchentlicher	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate	Datum TIMMJJ Datum TIMMJJJ Per Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate 120 Übungseinheiten /36 Monate	Datum TIMMJJ Per Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun 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	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate 120 Übungseinheiten /36 Monate Übungseinheiten /24 Monate	Datum T T MM J J Datum T T MM J J Per Krankenkasse Shenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen 1 mal 2 nal 3 mal für die Dauer von	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate 120 Übungseinheiten /36 Monate Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen) 120 Übungseinheiten /24 Monate	Datum TIMMJJ Datum TIMMJJJ Per Krankenkasse Phenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun 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	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate 120 Übungseinheiten /36 Monate Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen) 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen) 45 Übungseinheiten /12 Monate	Datum T T M J J Per Krankenkasse Thenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun 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 Manaten 24 Monaten	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort Gesundheits- und Rehasportverein Baden-W Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der beste Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX 50 Übungseinheiten /18 Monate 120 Übungseinheiten /36 Monate Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen) 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen) 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)	Datum T T M J J Per Krankenkasse Thenden Vereinbarung übernommen zur Durchführun 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 Monaten Längstens bis T T M M J J Datum	gmaringer Str. 146 - 72458 Albstadt Unterschrift des Versicherten