

# Antrag auf Kostenübernahme für Funktionstraining

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Antrag des Versicherten

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Funktionstraining

### Hinweis

Funktionstraining wird von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und kann daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden

Das Funktionstraining soll bei folgendem anerkannten Leistungsanbieter durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr)

Ich werde voraussichtlich am   mit dem Funktionstraining beginnen

## Einverständniserklärung zum Datenschutz gemäß § 76 Abs. 2 Ziffer 1 SGB X

**Hinweis:** Sie haben das Recht, der Übermittlung Ihrer in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an den oben genannten Leistungsanbieter sowie Übungsleiter/-in durch Ihre Krankenkasse zu widersprechen

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine auf dieser Verordnung enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an die von mir ausgesuchte Funktionstrainingsgruppe zur Kenntnis des/der Übungsleiter/-in und auch mit der Abrechnung der Vergütungen an die Krankenkasse gelangen

Datum

 

Unterschrift des Versicherten

## Ärztliche Verordnung für Funktionstraining

Diagnose, gegebenenfalls relevante Nebendiagnosen

Funktions-/Belastungseinschränkungen

Ziel des Funktionstrainings

Ist der Patient gruppenfähig?  ja  nein, weil

### Empfohlene Funktionstrainingsart

Trockengymnastik       Wassergymnastik

### Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Regelfall)

24 Monate nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

rheumatoide Arthritis

Morbus Bechterew

Psoriasis-Arthritis

schwere Polyarthrosen

Kollagenosen

Fibromyalgie-Syndrome

Osteoporose

### Empfohlene Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen

1 mal       2 mal       3 mal, Begründung

**Nimmt der Patient an einem Disease-Management Programm teil?**  nein  ja, am

Für die ärztliche Verordnung ist die Gebühr nach Nr. 73 BMÄ/E-GO berechnungsfähig

Datum

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

### Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen

zur Durchführung und Finanzierung des **Funktionstrainings** gem. § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

für  1  2  3 Übungsveranstaltungen je Woche

für die Dauer von  12 Monaten  24 Monaten

längstens bis

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

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift