







Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Zur Vorlage bei  
der behandelnden Ärztin /  
dem behandelnden Arzt

**G850**

**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

**Hinweise für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt**

Diese Verordnung erhalten Sie zur Information.  
Wenn Sie aus medizinischen Gründen Bedenken gegen die Durchführung der verordneten Leistung haben, informieren Sie bitte Ihre Patientin / Ihren Patienten. Die Leistung kann dann nicht durchgeführt oder muss abgebrochen werden.

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden: Es muss dann sichergestellt sein, dass Sie während der laufenden Therapie überprüfen, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		in (Rehabilitationseinrichtung)	

**Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.**

<b>1 Diagnose</b>	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (beides kann zusammen nicht verordnet werden)	
Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik <b>Spezifizierung der Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen unbedingt angeben!) Watt max      , HF max      / Min., RR max      mm Hg, Trainingspuls      / Min.	unter Beta-Blocker <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ Monate	<b>Hinweis:</b> Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal      Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

Zur Vorlage bei der  
Rehabilitationssportgruppe  
oder Funktionstrainingsgruppe

# G850

## Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

### Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Seite 5 und den Abrechnungsbogen (Seite 6 bis 8) direkt oder über ihren örtlichen Landesverband an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dabei ist darauf zu achten, dass die Versicherte / der Versicherte die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining bestätigt.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung)

**Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.**

<b>1 Diagnose</b>	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (beides kann zusammen nicht verordnet werden)	
Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik <b>Spezifizierung der Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen unbedingt angeben!) unter Beta-Blocker	
Watt max     , HF max     / Min., RR max     mm Hg, Trainingspuls     / Min.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ Monate	<b>Hinweis:</b> Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	

Das Informationsschreiben G852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lfd. Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	Art	Datum	Unterschrift
31				53			
32				54			
33				55			
34				56			
35				57			
36				58			
37				59			
38				60			
39				61			
40				62			
41				63			
42				64			
43				65			
44				66			
45				67			
46				68			
47				69			
48				70			
49				71			
50				72			
51				73			
52				74			

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Bestätigung der Versicherten / des Versicherten**

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

**Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe**

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

**Abrechnung** (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)

	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
sonstiger Rehabilitationssport:	X		=
Rehabilitationssport in Herzgruppen:	X		=
Funktionstraining: Trockengymnastik	X		=
Funktionstraining: Wassergymnastik	X		=
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, Rehabilitationssport im Wasser, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	X		=
<b>Gesamtbetrag =</b>			_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G850 - Seite 5) ist beigelegt.

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle