



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**G850**

**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung**

**Seite 1** ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

**Seite 2** ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

**Seite 3-8** sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhändigen.

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 die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, 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)











