

Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche
Rentenversicherung**


Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

G850**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining****Versicherte / 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.

1. Verordnung von Rehabilitationssport

1.1 Diagnose: _____

1.2 Art des Rehabilitationssports: Rehabilitationssport Rehabilitationssport in Herzgruppen**1.3 Angaben zur Belastbarkeit**

Die Werte sind nur bei einer Verordnung von Rehabilitationssport in einer Herzgruppe unbedingt anzugeben.

Ergometrie				unter Beta-Blocker	
Watt max	, HF max	/Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls	/Min.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Verordnung von Funktionstraining2.1 Diagnose: rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Arthrose Sonstige: _____2.2 Art des Funktionstrainings: Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik**3. Weitere Angaben für die Verordnung**3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate _____ Monate

Hinweis: 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 (bitte gesondertes Blatt beifügen).

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen (bis zu 2 je Woche, mit besonderer Begründung maximal 3 je Woche):

wöchentlich 1 mal 2 mal Reha-Sport 1 mal 2 mal Reha-Sport in Herzgruppenwöchentlich 1 mal 2 mal Trockengymnastik 1 mal 2 mal Wassergymnastik

3.3 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Versicherte / 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.

1. Verordnung von Rehabilitationssport

1.1 Diagnose: _____

1.2 Art des Rehabilitationssports: Rehabilitationssport Rehabilitationssport in Herzgruppen

1.3 Angaben zur Belastbarkeit

Die Werte sind nur bei einer Verordnung von Rehabilitationssport in einer Herzgruppe unbedingt anzugeben.

Ergometrie	unter Beta-Blocker		
Watt max , HF max /Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls /Min.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Verordnung von Funktionstraining

2.1 Diagnose: rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Arthrose Sonstige: _____

2.2 Art des Funktionstrainings: Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik

3. Weitere Angaben für die Verordnung

3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate _____ Monate

Hinweis: 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 (bitte gesondertes Blatt beifügen).

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen (bis zu 2 je Woche, mit besonderer Begründung maximal 3 je Woche):

wöchentlich 1 mal 2 mal Reha-Sport 1 mal 2 mal Reha-Sport in Herzgruppen

wöchentlich 1 mal 2 mal Trockengymnastik 1 mal 2 mal Wassergymnastik

3.3 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung

Besonderer Hinweis für Versicherte mit einer onkologischen 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 der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Blatt 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

Blatt 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Blatt 3 - 8 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhändigen.

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Versicherte / 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.

1. Verordnung von Rehabilitationssport

1.1 Diagnose: _____

1.2 Art des Rehabilitationssports: Rehabilitationssport Rehabilitationssport in Herzgruppen

1.3 Angaben zur Belastbarkeit

Die Werte sind nur bei einer Verordnung von Rehabilitationssport in einer Herzgruppe unbedingt anzugeben.

Ergometrie	unter Beta-Blocker		
Watt max , HF max /Min., RR max mm Hg, Trainingspuls /Min.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

2. Verordnung von Funktionstraining

2.1 Diagnose: rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Arthrose Sonstige: _____

2.2 Art des Funktionstrainings: Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik

3. Weitere Angaben für die Verordnung

3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate _____ Monate

Hinweis: 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 (bitte gesondertes Blatt beifügen).

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen (bis zu 2 je Woche, mit besonderer Begründung maximal 3 je Woche):

wöchentlich 1 mal 2 mal Reha-Sport 1 mal 2 mal Reha-Sport in Herzgruppen

wöchentlich 1 mal 2 mal Trockengymnastik 1 mal 2 mal Wassergymnastik

3.3 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Hinweise für die Versicherte / den Versicherten

Besonderer Hinweis für Versicherte mit einer onkologischen Erkrankung:

Sie haben eine Verordnung für Rehabilitationssport bekommen, den Sie nach Abschluss Ihrer Krebsbehandlung aufnehmen können. Sollten Sie im Ausnahmefall den Rehabilitationssport schon während der Behandlung beginnen, muss sichergestellt sein, dass der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Weitere wichtige Hinweise entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben G852.

Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche
Rentenversicherung**

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt

G850**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining****Versicherte / 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.

1. Verordnung von Rehabilitationssport

1.1 Diagnose: _____

1.2 Art des Rehabilitationssports: Rehabilitationssport Rehabilitationssport in Herzgruppen**1.3 Angaben zur Belastbarkeit**

Die Werte sind nur bei einer Verordnung von Rehabilitationssport in einer Herzgruppe unbedingt anzugeben.

Ergometrie	unter Beta-Blocker		
Watt max , HF max /Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls /Min.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Verordnung von Funktionstraining

Sonstige: _____

2.1 Diagnose: rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Arthrose _____2.2 Art des Funktionstrainings: Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik**3. Weitere Angaben für die Verordnung**3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate _____ Monate

Hinweis: 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 (bitte gesondertes Blatt beifügen).

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen (bis zu 2 je Woche, mit besonderer Begründung maximal 3 je Woche):

wöchentlich 1 mal 2 mal Reha-Sport 1 mal 2 mal Reha-Sport in Herzgruppenwöchentlich 1 mal 2 mal Trockengymnastik 1 mal 2 mal Wassergymnastik

3.3 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Hinweise für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

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 für Patienten mit einer onkologischen 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 der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



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

G850

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:
 (Die Art des **Rehabilitationssports** ist wie folgt anzugeben: R = Rehabilitationssport, H = Rehabilitationssport in Herzgruppen; die Art des **Funktionstrainings** ist wie folgt anzugeben: T = Trockengymnastik, W = Wassergymnastik)

Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Blatt 8 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen / Regelungen dies zulassen.

Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

