

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**G0850****Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung****Seite 1** ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.**Seite 2** ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.**Seite 3-5** und das Abrechnungsformular G0851 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.

1 Diagnose	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
2.1 Art des Rehabilitationssports:	2.2 Art des Funktionstrainings:
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser	Spezifizierung der Diagnose:
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis
<input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<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
3 Weitere Angaben für die Verordnung	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ 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.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich
<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

G0850

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 3-5 und das Abrechnungsformular G0851 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.

1 Diagnose			
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung			
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)			
2.1 Art des Rehabilitationssports:		2.2 Art des Funktionstrainings:	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:		<input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <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	
3 Weitere Angaben für die Verordnung			
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ 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.	
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 G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Kennzeichen (soweit bekannt) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	---

G0850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Hinweise für die Versicherte / den Versicherten

Besonderer Hinweis bei onkologischer 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 die behandelnde Ärztin / 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 G0852.

Versicherter (Name, Vorname) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	in (Rehabilitationseinrichtung) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

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

1 Diagnose		
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung		
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)		
2.1 Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	2.2 Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <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		
3 Weitere Angaben für die Verordnung		
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ 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.	
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 G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung) _____



Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche
Rentenversicherung**

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt

G0850**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.

1 Diagnose	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
2.1 Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	2.2 Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <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
3 Weitere Angaben für die Verordnung	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ 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.
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 G0852 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
--

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

G0850

Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Seite 5 und das Abrechnungsformular G0851 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.

1 Diagnose		
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung		
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)		
2.1 Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	2.2 Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <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	
3 Weitere Angaben für die Verordnung		
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> _____ 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.	
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 G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung) _____



