|  |  |
| --- | --- |
| **Verordnung** zur Durchführung von [ ]  **Rehabilitationssport** [ ]  **Funktionstraining** |  |
| Unfallversicherungsträger | **Rehabilitationssport** dient dem Aufbau von allgemeiner Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität von Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie der Steigerung des Selbstbewusstseins durch sportliche Aktivität (z. B. Gymnastik, Bogenschießen, Rollstuhlsport, Leichtathletik, Schwimmen, etc.).**Funktionstraining** dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskelettalen Erkrankungen.MTT ist **nicht** Bestandteil von Rehabilitationssport und Funktionstraining. |
| […] |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| […] | […] |
| Vollständige Anschrift |
| […] |
| Telefon-Nr. |
| […] |
| Beschäftigt als | Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Diagnose(n), die den Rehabilitationssport/das Funktionstraining begründen; ggf. relevante Nebendiagnosen**
 | **ICD-10** |
| 1. […]
2. […]
3. […]
4. […]

[ ]  erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung) | […][…][…][…] |
| **Rehabilitationssport** | **Funktionstraining** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Empfohlene Trainingsart**

[ ]  Gymnastik (auch im Wasser)[ ]  Ausdauer- und Kraftausdauerübungen[ ]  Schwimmen[ ]  Bewegungsspiele [ ]  Sonstige: […][ ]  Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseinsbehinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen undMädchen erforderlich | **Empfohlene Trainingsart**[ ]  Trockengymnastik und/oder[ ]  Wassergymnastik |
| 1. **Ziele und Gründe**

[…] | **Ziele und Gründe** […] |
| 1. **Notwendige Dauer**

[ ]  6 Monate[ ]  12 Monate Begründung erforderlich: […]**Frequenz**[ ]  1-mal/Woche [ ]  2-mal/Woche[ ]  3-mal/Woche Begründung erforderlich: […] | **Notwendige Dauer** [ ]  6 Monate[ ]  12 Monate Begründung erforderlich: […]**Frequenz**[ ]  1-mal/Woche [ ]  2-mal/Woche[ ]  3-mal/Woche Begründung erforderlich: […] |
| 1. **Folgeverordnung**

Falls ja, Begründung erforderlich: […] |
| 1. **Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden:**

Verein, Träger usw., Adresse: […] |
| **Datum** | **Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes1** | **Unterschrift** |
| […] | […] | […] |
| **Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings:**Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden. | **Kostenzusage des UV-Trägers** |
| [ ]  Ja [ ]  Nein, Information folgtDatum: […]Unterschrift: […] |