



Techniker Krankenkasse, 20903 Hamburg

Unternehmenszentrale

www.tk.de

Geschäftszeichen
AVZ

25. April 2018

Unser Bewilligungsverfahren ist jetzt noch effizienter

Guten Tag!

Heute informieren wir Sie über unser verändertes Bewilligungsverfahren.

Ab sofort erhalten eingescannte Verordnungen für Rehasport und Funktionstraining einen digitalen TK-Stempel. Dieser Stempel ist per Signatur verschlüsselt, d. h. er ist unveränderbar und kann nicht reproduziert werden. Unser neues Verfahren garantiert Ihnen somit eine authentische Erklärung.

Sie erhalten heute von uns ein Muster der neuen Kostenübernahmeerklärung.

Der Ausdruck der Erklärung enthält sowohl die eingescannte Unterschrift unserer Mitarbeiterin bzw. unseres Mitarbeiters als auch den TK-Stempel. Diese Erklärung schicken wir per Post zusammen mit dem Bewilligungsschreiben sowie einer Leistungszusage an unsere Versicherten.

Nach wie vor versehen wir eingehende Unterlagen nach dem Scan mit einer elektronischen Signatur. Die Signatur ist dauerhaft überprüfbar und die Aufbewahrung und Archivierung der eingehenden Unterlagen bzw. der sie ersetzenden Scans erfolgt nach gesetzlichen Vorgaben.

Wir freuen uns auf eine noch effizientere Zusammenarbeit.

Freundliche Grüße
Ihre Techniker Krankenkasse

Techniker Krankenkasse | www.tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 01.09.2014**

Name, Vorname des Versicherten **Verbindliches Muster** geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
3113510413

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme

☐ für Rehabilitationssport

☐ für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.



Digitalisiert von der TK

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

- ☐ Gymnastik (auch im Wasser) ☐ Schwimmen ☐ Leichtathletik
- ☐ Bewegungsspiele ☐ Sonstige _____
- ☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- ☐ 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
- ☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

- | | |
|--|---|
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Morbus Parkinson |
| ☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | ☐ Mukoviszidose |
| ☐ Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | ☐ Multipler Sklerose |
| ☐ Doppelamputation | ☐ Muskeldystrophie |
| ☐ Epilepsie, therapieresistent | ☐ Niereninsuffizienz, terminal |
| ☐ Glasknochen | ☐ Organische Hirnschädigung |
| ☐ Infantiler Zerebralparese | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ Marfan-Syndrom | ☐ Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| ☐ Morbus Bechterew | |

- ☐ 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

- ☐ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- ☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) ☐ 24 Monate (Richtwert)

- ☐ Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Empfohlene Funktionstrainingsarten

- ☐ Trockengymnastik
- ☐ Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- ☐ 12 Monate (Richtwert)
- ☐ 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
- ☐ Fibromyalgie-Syndrome
- ☐ Kollagenosen
- ☐ Morbus Bechterew
- ☐ Osteoporose
- ☐ Polyarthrosen, schwer
- ☐ Psoriasis-Arthritis
- ☐ Rheumatoide Arthritis

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

☐ 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung

☐ 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

☐ 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

☐ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerte

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

☐ 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

☐ 1 mal ☐ 2 mal
☐ 3 mal, Begründung

Für die ärztliche Verordnung ist die
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
 Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

☐ Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

Datum

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

☒ **Rehabilitationssports**
gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V
i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX
für

☐ **Funktionstrainings**
gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V
i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

☒ 50 Übungseinheiten / 18 MonateAnzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐ 1 mal ☐ 2 mal ☐ 3 mal

Übungseinheiten

für die Dauer von

☐ 90 Übungseinheiten / 24 Monate
(Herzgruppen)☐ 12 Monaten

☐ 120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

24 Monaten

45 Übungseinheiten / 12 Monate
(Herzgruppen)

Monaten

für den Zeitraum vom 01. 04. 18 langstens bis 31. 10. 19

Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Muster!!!

~~Freigabe 01.09.2014~~

Techniker Krankenkasse

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift