

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.

<b>Ergometrie</b>				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

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.

<b>Ergometrie</b>	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.

<b>Ergometrie</b>	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.

<b>Ergometrie</b>	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 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)

Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

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: Watt max, HF max, /Min., RR max, mm Hg, Trainingspuls, /Min., unter Beta-Blocker [ ] ja [ ] 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 Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Blatt 5 und den Abrechnungsbogen (Blatt 6 bis 8) 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.

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			

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift
31				53			
32				54			
33				55			
34				56			
35				57			
36				58			
37				59			
38				60			
39				61			
40				62			
41				63			
42				64			
43				65			
44				66			
45				67			
46				68			
47				69			
48				70			
49				71			
50				72			
51				73			
52				74			

**Zuständiger Rentenversicherungsträger:**



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
_____	_____

**Bestätigung der Versicherten / des Versicherten**

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

**Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe**

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

**Abrechnung (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)**

sonstiger Rehabilitationssport:	_____	x	_____	=	_____	EUR
	Anzahl der Übungsveranstaltungen		vereinbarter Vergütungssatz			
Rehabilitationssport in Herzgruppen:	_____	x	_____	=	_____	EUR
	Anzahl der Übungsveranstaltungen		vereinbarter Vergütungssatz			
Funktionstraining: Trockengymnastik	_____	x	_____	=	_____	EUR
	Anzahl der Übungsveranstaltungen		vereinbarter Vergütungssatz			
Funktionstraining: Wassergymnastik	_____	x	_____	=	_____	EUR
	Anzahl der Übungsveranstaltungen		vereinbarter Vergütungssatz			
<b>Gesamtbetrag</b>					=	_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E _____	_____
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

**Bitte unbedingt angeben:**

Rechnungsnummer	Rechnung vom
_____	_____

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G850 - Blatt 5) ist beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle