

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, Rollstuhlport, 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
a) b) c) d) ☐ erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)		
Rehabilitationssport		Funktionstraining
2. Empfohlene Trainingsart ☐ Gymnastik (auch im Wasser) ☐ Ausdauer- und Kraftausdauerübungen ☐ Schwimmen ☐ Bewegungsspiele ☐ Sonstige: ☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich		Empfohlene Trainingsart ☐ Trockengymnastik und/oder ☐ Wassergymnastik
3. Ziele und Gründe		Ziele und Gründe
4. 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:
5. Folgeverordnung Falls ja, Begründung erforderlich:		
6. 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 folgt Datum: Unterschrift: