

Verordnung zur Durchführung von <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> 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.).	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	Funktionstraining dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskelettalen Erkrankungen.
Vollständige Anschrift	MTT ist nicht Bestandteil von Rehabilitationssport und Funktionstraining.	
Telefon-Nr.	Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
Beschäftigt als		
1. Diagnose(n), die den Rehabilitationssport/das Funktionstraining begründen; ggf. relevante Nebendiagnosen		ICD-10
a) b) c) d) <input type="checkbox"/> erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)		
Rehabilitationssport		Funktionstraining
2. Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich		Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik
3. Ziele und Gründe		Ziele und Gründe
4. Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:		Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt Datum: Unterschrift: