

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Gilt als Kostenzusage

**Versicherte / Versicherter**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

**Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

vom - bis	in
-----------	----

**Verordnung von ambulanten Rehabilitationssport****1 Verordnung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung**

Bei der Versicherten / dem Versicherten wird im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Teilnahme am Rehabilitationssport für notwendig gehalten und verordnet.

**1.1 Diagnose**

--

**1.2 Art des Rehabilitationssports**

<input type="checkbox"/> Reha-Sport	<input type="checkbox"/> Reha-Sport in Herzgruppen
-------------------------------------	--

**1.3 Begründung mit Angabe der Funktionseinschränkungen und der Belastbarkeit**

Ergometrie					
Watt max	, HF max	/Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls	/Min.	unter $\beta$ -Blocker
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**1.4 Zeitliche Dauer max. 6 Monate**

<input type="checkbox"/> Monate	Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen, max. 3 je Woche
	wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal

Das Informationsschreiben G2736 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

**2 Hinweise für die Versicherte / den Versicherten**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

diese Verordnung gilt als Kostenzusage. Die Deutsche Rentenversicherung Bund übernimmt die Kosten der Teilnahme am Rehabilitationssport im Rahmen der zurzeit geltenden Vereinbarungen.

Eine weitere Bewilligung / Bescheidung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund erfolgt nicht. Sie können daher sofort den Kontakt zur wohnortnahen Rehabilitationssportgruppe des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) aufnehmen.

Blatt 1 des Formulars bleibt bei Ihnen.

Blatt 2 und 6 des Formulars legen Sie der Rehabilitationssportgruppe vor.

Mit dem Blatt 6 des Formulars rechnet die Rehabilitationssportgruppe des DBS bzw. der DGPR nach Ablauf der max. Inanspruchnahme von 6 Monaten die Kosten ab.

Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn Sie mit dem Rehabilitationssport nicht innerhalb von drei Monaten nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation begonnen haben.

Weitere detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben.





Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**Versicherte / Versicherter**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

**Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

vom - bis	in
-----------	----

**Verordnung von ambulanten Rehabilitationssport**

**1 Verordnung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung**

Bei der Versicherten / dem Versicherten wird im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Teilnahme am Rehabilitationssport für notwendig gehalten und verordnet.

**1.1 Diagnose**

--

**1.2 Art des Rehabilitationssports**

<input type="checkbox"/> Reha-Sport	<input type="checkbox"/> Reha-Sport in Herzgruppen
-------------------------------------	--

**1.3 Begründung mit Angabe der Funktionseinschränkungen und der Belastbarkeit**

Ergometrie					
Watt max	, HF max	/Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls	/Min.	unter $\beta$ -Blocker
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**1.4 Zeitliche Dauer max. 6 Monate**

<input type="checkbox"/> Monate	Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen, max. 3 je Woche
	wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal

Das Informationsschreiben G2736 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 bzw. muss abgebrochen werden.



Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**Versicherte / Versicherter**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

**Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

vom - bis	in
-----------	----

**Verordnung von ambulanten Rehabilitationssport**

**1 Verordnung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung**

Bei der Versicherten / dem Versicherten wird im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Teilnahme am Rehabilitationssport für notwendig gehalten und verordnet.

**1.1 Diagnose**

--

**1.2 Art des Rehabilitationssports**

<input type="checkbox"/> Reha-Sport	<input type="checkbox"/> Reha-Sport in Herzgruppen
-------------------------------------	--

**1.3 Begründung mit Angabe der Funktionseinschränkungen und der Belastbarkeit**

Ergometrie					
Watt max	, HF max	/Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls	/Min.	unter $\beta$ -Blocker
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**1.4 Zeitliche Dauer max. 6 Monate**

<input type="checkbox"/> Monate	Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen, max. 3 je Woche
	wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal

Das Informationsschreiben G2736 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSNR
------

**zur Kenntnis und Verbleib**

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**Versicherte / Versicherter**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

**Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

vom - bis	in	
-----------	----	--

**Verordnung von ambulanten Rehabilitationssport**

**1 Verordnung der Ärztin / des Arztes der Rehabilitationseinrichtung**

Bei der Versicherten / dem Versicherten wird im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Teilnahme am Rehabilitationssport für notwendig gehalten und verordnet.

**1.1 Diagnose**

--

**1.2 Art des Rehabilitationssports**

<input type="checkbox"/> Reha-Sport	<input type="checkbox"/> Reha-Sport in Herzgruppen
-------------------------------------	--

**1.3 Begründung mit Angabe der Funktionseinschränkungen und der Belastbarkeit**

Ergometrie	Watt max	, HF max	/Min., RR max	mm Hg, Trainingspuls	/Min.	unter $\beta$ -Blocker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------	----------	----------	---------------	----------------------	-------	------------------------	-----------------------------	-------------------------------

**1.4 Zeitliche Dauer max. 6 Monate**

<input type="checkbox"/> Monate	Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen, max. 3 je Woche
	wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal

Das Informationsschreiben G2736 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel



