



| |
|---------------------|
| 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 β -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.

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



Deutsche
Rentenversicherung

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

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

| |
|------|
| MSNR |
|------|

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

zur Kenntnis und Verbleib

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 | unter β -Blocker |
| Watt max , HF max /Min., RR max mm Hg, Trainingspuls /Min. | <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

