

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Teilnahmebestätigung (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	GB*)	H*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				

*) Zutreffendes bitte ankreuzen:
GB = Gesundheitsbildungsmaßnahme; H = Rehabilitationssport in Herzgruppen

Bestätigung des/der Übungsleiters/in

Ich bestätige, dass der/die Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in

Abrechnung

<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen Pos.-Nr. 604504	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Kinderherzgruppen Pos.-Nr. 604508	<u> </u>	x	<u> </u> €	=	<u> </u> €
		(Anzahl der Übungsveranstaltungen)		(Vergütungssatz)		

<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme A Pos.-Nr. 604711	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme B Pos.-Nr. 604712	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme C Pos.-Nr. 604713	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme D Pos.-Nr. 604714
<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme E Pos.-Nr. 604715	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme F Pos.-Nr. 604716	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme G Pos.-Nr. 604717	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme H Pos.-Nr. 604718

Pos.-Nr. 6047 **x** € = €
(Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen) **(Vergütungssatz)**

Pos.-Nr. 6047 **x** € = €
(Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen) **(Vergütungssatz)**

Pos.-Nr. 6047 **x** € = €
(Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen) **(Vergütungssatz)**

Pos.-Nr. 6047 **x** € = €
(Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen) **(Vergütungssatz)**

Gesamtbetrag	=	<u> </u> €
---------------------	----------	-------------------------------

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am . Bislang wurden insgesamt Einheiten für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto		Bankleitzahl	
Kreditinstitut			
Kontoinhaber			
Institutionskennzeichen			

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/r qualifizierten Übungsleiter/in geleitet werden und diese/r im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers