

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

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

<b>Gesamtbetrag</b>	= _____ €
---------------------	-----------

**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:

<b>Konto</b>		<b>Bankleitzahl</b>	
<b>Kreditinstitut</b>			
<b>Kontoinhaber</b>			
<b>Institutionskennzeichen</b>			

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