



Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Angebotsnummer

Nr.	Rehasport	Rehasport für Kinder	Rehasport im Wasser	Rehasport für Kinder im Wasser	Rehasport schwerstbehinderter Menschen	Rehasport schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Datum	Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers  (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

**Bestätigung der Übungsleiterin/des Übungsleiters**

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

Datum, Unterschrift der Übungsleiterin / des Übungsleiters

**Abrechnung**

Zwischenabrechnung Nr. \_\_\_

Endabrechnung

<input type="checkbox"/> <b>Rehasport</b> 604503 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Rehasport für Kinder</b> 604511 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Herzsport</b> 604504 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> <b>Rehasport im Wasser</b> 604509 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Rehasport für Kinder im Wasser</b> 604512 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Herzsport für Kinder</b> 604508 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> <b>Rehasport schwerstbehinderter Menschen</b> 604507 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Rehasport schwerstbehinderter Kinder</b> 604513 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> <b>Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins</b> 604510 (Pos.-Nr.)

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Euro = \_\_\_\_\_ Euro  
Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Euro = \_\_\_\_\_ Euro = \_\_\_\_\_ Euro  
Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz **Gesamtbetrag**

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

Es wird um Überweisung des Rechnungsbetrages auf unser Konto gebeten:

**IBAN** \_\_\_\_\_  
**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.

**Rechnung-Nr.:**

Verordnung vom:

Genehmigung vom:

Gültig bis:

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers