

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Nr.	Rehasport	Rehasport für Kinder	Rehasport im Wasser	Rehasport für Kinder im	Rehasport schwerstbe-	Rehasport schwerstbehi	Herzsport	Herzsport für Kinder	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										

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

_____ x _____ = _____ Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz

_____ x _____ = _____ 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 Gesamtbetrages 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.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers