

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Angebotsnummer

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

Teilnahmebestätigung Rehabilitations sport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

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	Rehasport in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
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													

*) Zutreffenden Baustein bei GB (= Gesundheitsbildungsmaßnahmen) bitte eintragen: A bis H

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Angebotsnummer

Nr.	Rehasport	Rehasport für Kinder	Rehasport im Wasser	Rehasport für Kinder im Wasser	Rehasport schwerst-behinderter Menschen	Rehasport schwerst-behinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Rehasport in Herz-insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													

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

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport bei Abrechnung in Papierform

Name, Vorname der/des Versicherten _____
Geburtsdatum _____
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____
Angebotsnummer

Abrechnung		
<input type="checkbox"/> Zwischenabrechnung Nr. ___ <input type="checkbox"/> Endabrechnung		
<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.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Herzinsuffizienzgruppen 604514 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins 604510 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ x _____ **Euro** = _____ **Euro**
 Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz

_____ x _____ **Euro** = _____ **Euro**
 Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz

_____ 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 Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten.

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleitung geleitet werden und diese im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation gemäß Rahmenvereinbarung ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

<p>Rechnung-Nr.:</p> <p>Leistungserbringergroupen-schlüssel/Vertragskennzeichen</p> <p>Verordnung vom:</p> <p>Genehmigung vom:</p> <p>ggfs. Genehmigungskennzeichen:</p> <p>Gültig bis:</p>
--