

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerstbehinderter Menschen	RS schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS 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													

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

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

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

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerstbehinderter Menschen	RS schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													

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

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

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

Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport bei Abrechnung in Papierform

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Institutionskennzeichen

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

Rechnung-Nr.:

Leistungserbringergruppen-
schlüssel/Vertragskennzeichen

Verordnung vom:

Genehmigung vom:

ggf. Genehmigungskennzeichen:

Gültig bis: