

Teilnahmebestätigung

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

| Nr. | Rehabilitationssport | Rehabilitationssport schwerstbehinderter Menschen (in Gruppen mit max. 7 Personen)* | Rehabilitationssport im Wasser | Rehabilitationssport zur Stärkung des Selbstbewusstseins | Herzsport | Kinder-Herzsport | Datum | Unterschrift des/der Teilnehmers/in (Bitte immer unmittelbar 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 | | | | | | | | |

* Schwerstbehinderte Menschen mit höherem Betreuungsaufwand

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

| Nr. | Rehabilitationssport | Rehabilitationssport schwerstbehinderter Menschen (in Gruppen mit max. 7 Personen) | Rehabilitationssport im Wasser | Rehabilitationssport zur Stärkung des Selbstbewusstseins | Herzsport | Kinder-Herzsport | Datum | Unterschrift des/der Teilnehmers/in (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren) |
|-----|----------------------|---|--------------------------------|--|-----------|------------------|-------|--|
| 26 | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | |

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 Zwischenabrechnung Nr. ____ Endabrechnung

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport 604503 (Pos.-Nr.) | <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser 604509 (Pos.-Nr.) | <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport schwerstbehinderter Menschen (in Gruppen mit max. 7 Personen) 604507 (Pos.-Nr.) |
| <input type="checkbox"/> Herzsport 604504 (Pos.-Nr.) | <input type="checkbox"/> Kinder-Herzsport 604508 (Pos.-Nr.) | <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport zur Stärkung des Selbstbewusstseins 604510 (Pos.-Nr.) |

(Anzahl der Übungsveranstaltungen) x _____ Euro
(vereinbarter Vergütungssatz) = _____ Euro

(Anzahl der Übungsveranstaltungen) x _____ Euro
(vereinbarter Vergütungssatz) = _____ Euro = _____ Euro
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:

| | | |
|--------------------------------|----------------------|---|
| Konto-Nr. (oder IBAN) | <input type="text"/> | Rechnungs-Nr. etc. (bitte bei Überweisungen angeben) |
| Bankleitzahl (oder BIC) | <input type="text"/> | |
| Kreditinstitut | <input type="text"/> | |
| Kontoinhaber | <input type="text"/> | |
| Institutionskennzeichen | <input type="text"/> | |

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