

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Teilnahmebestätigung (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	GB*)	H*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
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				
31				
32				

*) Zutreffendes bitte ankreuzen:

GB = Gesundheitsbildungsmaßnahme; H = Rehabilitationssport in Herzgruppen

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"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen Pos.-Nr. 604504	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Kinderherzgruppen Pos.-Nr. 604508	_____ x _____ € = _____ € (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (Vergütungssatz)
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme A Pos.-Nr. 604711	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme B Pos.-Nr. 604712	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme C Pos.-Nr. 604713	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme D Pos.-Nr. 604714
<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme E Pos.-Nr. 604715	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme F Pos.-Nr. 604716	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme G Pos.-Nr. 604717	<input type="checkbox"/> Gesundheitsbildungsmaßnahme H Pos.-Nr. 604718

Pos.-Nr. 6047 _____	_____ (Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen)	x	_____ € (Vergütungssatz)	=	_____ €
Pos.-Nr. 6047 _____	_____ (Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen)	x	_____ € (Vergütungssatz)	=	_____ €
Pos.-Nr. 6047 _____	_____ (Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen)	x	_____ € (Vergütungssatz)	=	_____ €
Pos.-Nr. 6047 _____	_____ (Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen)	x	_____ € (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:

Konto	303 4100 506	Bankleitzahl	800 55 500
Kreditinstitut	Salzlandsparkasse		
Kontoinhaber	SV Lokomotive Aschersleben e.V.		
Institutionskennzeichen	441 534 256		

Rechnungs.-Nr. etc.
(Bitte bei Überweisungen angeben)

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/ qualifizierten Übungsleiter/in geleitet werden und diese/r im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers