

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.	R*)	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					
33					
34					

Nr.	R*)	H*)		Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

**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**

R 604503: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

H 604504: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

\_\_\_\_\_  
(Gesamtbetrag) Euro

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto:

Bankleitzahl:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

Institutionskennzeichen:

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppe 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

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen:  
R = Rehabilitationssport; H = Rehabilitationssport in Herzgruppen