

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen
 - Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren -

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	GB*)	I**)	Datum	Unterschrift des Teilnehmenden
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				

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

***) Zutreffendes bitte ankreuzen: I (= Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen)

Nr.	GB*)	I**)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

Bestätigung des Übungsleitenden

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

Datum, Unterschrift des Übungsleitenden

Abrechnung Zwischenabrechnung Nr. ___ Endabrechnung

Art des Rehabilitationssports bitte **ankreuzen**:

<input type="checkbox"/> Rehabilitationsport in Herzinsuffizienzgruppen Pos.-Nr. 604514	_____ x _____ € = _____ € Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz
--	--

Anzahl der Gesundheitsbildungsmaßnahmen (GB) bitte **eintragen**:

<input type="checkbox"/> GB – A Arterielle Hypertonie Pos.-Nr. 604711	<input type="checkbox"/> GB – B RF Stress/Psyché Pos.-Nr. 604712	_____ x _____ € = _____ € Anzahl der GB Vergütungssatz Gesamtbetrag = _____ €
<input type="checkbox"/> GB – C Kardiovaskuläre RF Pos.-Nr. 604713	<input type="checkbox"/> GB – D Ernährung Pos.-Nr. 604714	
<input type="checkbox"/> GB – E Aktivität/Training Pos.-Nr. 604715	<input type="checkbox"/> GB – F Koronare Krankheiten Pos.-Nr. 604716	
<input type="checkbox"/> GB – G Primär-/Sek.-Prävention Pos.-Nr. 604717	<input type="checkbox"/> GB – H RF Rauchen Pos.-Nr. 604718	

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:

IBAN _____
Kreditinstitut _____
Kontoinhaber _____
Institutionskennzeichen _____

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

Rechnungs-Nr.:

Verordnung vom:

Genehmigung vom:
Genehmigungskennzeichen:

Gültig bis:

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers