Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung bei Abrechnung in Papierform

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

Abrechnung	☐ Zwischenabrechnung Nr.__	☐ Endabrechnung

☐ **Rehasport** 604503 (Pos.-Nr.)	☐ **Rehasport für Kinder** 604511 (Pos.-Nr.)	☐ **Herzsport** 604504 (Pos.-Nr.)
☐ **Rehasport im Wasser** 604509 (Pos.-Nr.)	☐ **Rehasport für Kinder im Wasser** 604512 (Pos.-Nr.)	☐ **Herzsport für Kinder** 604508 (Pos.-Nr.)
☐ **Rehasport schwerstbehinderter Menschen** 604507 (Pos.-Nr.)	☐ **Rehasport schwerstbehinderter Kinder** 604513 (Pos.-Nr.)	☐ **Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins** 604510 (Pos.-Nr.)
☐	☐	☐

Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Vergütungssatz			=			
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**Euro**	
_____	**x**	_____	**Euro**		**=**	_____	**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:

IBAN .....

Kreditinstitut .....

Kontoinhaber .....

Institutionskennzeichen .....

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.

Rechnung-Nr:

Verordnung vom:

Genehmigung vom:

Ggfs. Genehmigungskennzeichen:

Gültig bis:

_____

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers