

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Angebotsnummer

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

Teilnahmebestätigung Rehabilitations sport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehasport										Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
	Rehasport für Kinder	Rehasport im Wasser	Rehasport für Kinder im Wasser	Rehasport schwerst- behinderter Menschen	Rehasport schwerst- behinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Rehasport in Herz- insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungs- maßnahmen*		
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												

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

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Angebotsnummer

Nr.	Rehasport	Rehasport für Kinder	Rehasport im Wasser	Rehasport für Kinder <i>im Wasser</i>	Rehasport schwerst- behinderter Menschen	Rehasport schwerst- behinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Rehasport in Herz- insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungs- maßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													

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

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden