

Rehabilitationssport

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Verordnungs-Datum

IK des Leistungsträgers						Gesamt-Brutto					
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor		
Rechnungsnummer											
Belegnummer											

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen von DMP:

nein ja

_____ Stempel und Unterschrift der genehmigenden Kasse

Ich erkläre nach Kenntnis des Verwendungszwecks und Aufklärung über mein Widerspruchsrecht durch die Krankenkasse mein Einverständnis, dass meine auf der Verordnung sowie Teilnahmebestätigung enthaltenen personenbezogenen Daten an die von mir gewählte Rehabilitationssportgemeinschaft zur Kenntnis des betreuenden Gruppenarztes und des Übungsleiters gelangen.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Versicherten

Teilnahmebestätigung (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport*	Rehasport im Wasser*	Rehasport schwerstbehinderter Menschen *(1)	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewußtseins *(2)	Herzsport*	Kinderherzsport*	FuTr Ww gymnastik*(3)	FuTr Trockengymnastik*(4)	Datum	Uhrzeit von/bis: (Angaben erforderlich bei Rehasport, auch bei Funktionstrainingsgruppen in Physiotherapiepraxen)	Unterschrift der TeilnehmerIn
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum

AOK Bayern
Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Nr.	Rehasport*				Herzsport*				Datum	Uhrzeit von/bis: (Angaben erforderlich bei Rehasport, auch bei Funktionstraining in Physiotherapiepraxen)	Unterschrift der TeilnehmerIn
	Rehasport*	Rehasport im Wasser*	Rehasport schwerstbehinderter Menschen ^{*(1)}	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewußtseins ^{*(2)}	Kinderherzsport*	FuTr Wwngymnastik ^{*(3)}	FuTr Trockengymnastik ^{*(4)}				
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

Bestätigung des/der Übungsleiters/in

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

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in

Abrechnung

_____ x _____ = _____ EUR
(Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz) (Gesamtbetrag)

Bei Zwischenabrechnungen: Die letzte Abrechnung erfolgte am _____. Bisher wurden insgesamt ____ Einheiten für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

IBAN:

BIC:

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.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

* Zutreffendes bitte ankreuzen,
⁽¹⁾ Rehabilitationssport schwerstbehinderter Menschen gemäß Rahmenvereinbarung Ziffern 10.1 Abs. 2/10.2 Satz 2
⁽²⁾ Rehabilitationssport zur Stärkung des Selbstbewußtseins für Frauen und Mädchen
^{(3), (4)} gleichfalls für Funktionstraining Osteoporose