

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

Abrechnung (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)

Rehabilitationssport in Herzgruppen:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Rehabilitationssport im Wasser:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Sonstiger Rehabilitationssport:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Funktionstraining: Trockengymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Funktionstraining: Wassergymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Gesamtbetrag =			_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit vorhanden)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G0850 - Seite 5) ist beigelegt.

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



