

Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung bei Abrechnung in Papierform

Abrechnung Gesundheitsbildungsmaßnahmen

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Institutionskennzeichen

Abrechnung

Zwischenabrechnung Nr. ____

Endabrechnung

Art des Rehabilitationssports bitte **ankreuzen**:

<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen Pos.-Nr. 604504	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Kinderherzgruppen Pos.-Nr. 604508	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen Pos.-Nr. 604514
---	---	---

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	<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

_____ x _____ Euro = _____ Euro
Anzahl der Vergütungssatz
Gesundheitsbildungsmaßnahmen

_____ x _____ Euro = _____ Euro = _____ Euro
Anzahl der Vergütungssatz
Gesundheitsbildungsmaßnahmen **Gesamtbetrag**

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.

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist und die Gesundheitsbildungsmaßnahmen von einer qualifizierten Fachkraft geleitet werden.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Rechnung-Nr.:

Leistungserbringergruppen-
schlüssel/Vertragskennzeichen

Verordnung vom:

Genehmigung vom:

ggfs. Genehmigungskennzeichen:

Gültig bis: