

Name, Vorname der/des Versicherten _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Versicherten-Nr. _____

Angebotsnummer _____

Name des Leistungserbringers _____

Institutionskennzeichen (IK) _____

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport DGUV

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	Rehasport schwerst-behinderter Menschen	Rehasport schwerst-behinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Rehasport in Herz-insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*			
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	Rehasport schwerst-behinderter Menschen	Rehasport schwerst-behinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Rehasport in Herz-insuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	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