	Zust	änd	iger	Re	nte	env	ersi	ch	eru	ngs	träg	er	
MSAT / MSNR													
			1			1					1		
Versicherungsnummer									Kennzeichen (soweit bekannt)				



Abrechnungsformular für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

G0851

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining									
Name, Vorname	-	Geburtsdatum							
					1	1	1		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort									

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen: (Die Art des **Rehabilitationssports** oder des **Funktionstrainings** ist jeweils anzugeben.)

Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Seite 3 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen / Regelungen dies zulassen.

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd A	Art	Datum	Unterschrift
1				15			
2				16			
3				17			
4				18			
5				19			
6				20			
7				21			
8				22			
9				23			
10				24			
11				25			
12				26			
13				27			
14				28			



Versicherungsnummer										Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MS				MSN	١R					
ı			ı	1									1					1		

Lfd	Art	Datum	Unterschrift	Lfd	Art	Datum	Unterschrift
Nr.				Nr.			
29				51			
30				52			
31				53			
32				54			
33				55			
34				56			
35				57			
36				58			
37				59			
38				60			
39				61			
40				62			
41				63			
42				64			
43				65			
44				66			
45				67			
46				68			
47				69			
48				70			
49				71			
50				72			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT	「/MSNR	
Zuständiger Rentenversiche	rungsträger:		
Bestätigung der Versicherte	n / des Versicherten		
Ich bestätige, dass ich an den	vorstehend aufgeführten Tagei	n an den Übungsveranstaltı	ungen teilgenommen habe.
Datum, Unterschrift der Versicherten /	des Versicherten		
Bestätigung der Rehabilitation	onssportgruppe beziehungsv	weise der Funktionstraini	ngsgruppe
Es wird bestätigt, dass die Vers Übungsveranstaltungen teilger	sicherte / der Versicherte an de		
Datum, Unterschrift, Name und Ort der	Rehabilitationssportgruppe oder Funkt	tionstrainingsgruppe, Stempel	
Abrechnung (Es werden nur L			
sonstiger	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
Rehabilitationssport: Rehabilitationssport in Herzgruppen:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	X = vereinbarter Vergütungssatz X =	Betrag in EUR
Funktionstraining:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
Trockengymnastik		x = vereinbarter Vergütungssatz	
Funktionstraining: Wassergymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	Betrag in EUR	
regional vereinbartes	Anzahl der Übungsveranstaltungen	x = vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende	:	=	
Maßnahmen, Rehabilitationssport im Wasser, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)		Gesamtbetrag =	= EUR
Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit	vorhanden)	
	3	,	
Wir bitten, diesen Betrag auf fo	Jaandas Kanta zu überweisen:		
IBAN (International Bank Account Nur			
D_E			
Kontoinhaberin / Kontoinhaber			
	15 :		le .
Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer		Rechnung vom
Die ärztliche Verordnung (Kos	tenzusage G0850 - Seite 5) ist	beigefügt.	
Datum. Unterschrift. Stempel der abred			

