

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Verordnungsdauer (von/bis)

Turnerschaft Großburgwedel e.V.

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

**Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerstbehinderter Menschen	RS schwerstbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.  
Turnerschaft Großburgwedel e.V.

Verordnungsdauer (von/bis)

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

**Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerbehinderter Menschen	RS schwerbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzinsuffizienzgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
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													

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

\*) Zutreffenden Baustein bei Gesundheitsbildungsmaßnahmen bitte eintragen: A bis H