

Krankenkasse, bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten	Vorname	geb.
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

### Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse



Die Kosten werden entsprechend der jeweils aktuellen Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Funktionstrainings in Rheuma-Therapiegruppen übernommen

für  Warmwassergymnastik  Trockengymnastik

für die Dauer von  12  24 Monaten  längstens bis

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht.

Der Antrag des Versicherten lag mit der ärztlichen Verordnung bei der Genehmigung vor.

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

### Teilnahmebestätigung

Ich habe teilgenommen an der:  
**Warmwassergymnastik**

**Trockengymnastik**

Ich bestätige die ordnungsgemäße Teilnahme des/der Teilnehmers/in am Funktionstraining im genannten Abrechnungszeitraum:

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Abrechnungszeitraum (von M/J bis M/J)

Unterschrift des/der Therapeut/in

### Abrechnung

Warmwassergymnastik 1 x

W 702505

2 x

Trockengymnastik 1 x

T 702506

2 x

Gesamtabrechnungsbetrag \_\_\_\_\_ €

Institutionskennzeichen\*):

Kontonummer\*):

Bankleitzahl\*):

Kreditinstitut \*):

\*) Angaben nur bei Einzelabrechnung

\*) Datum, Stempel und Unterschrift der abrechnenden Stelle

Krankenkasse, bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten	Vorname	geb.
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

### Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse



Die Kosten werden entsprechend der jeweils aktuellen Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Funktionstrainings in Rheuma-Therapiegruppen übernommen

für  Warmwassergymnastik  Trockengymnastik

für die Dauer von  12  24 Monaten  längstens bis

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht.

Der Antrag des Versicherten lag mit der ärztlichen Verordnung bei der Genehmigung vor.

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

### Teilnahmebestätigung

Ich habe teilgenommen an der:  
**Warmwassergymnastik**

**Trockengymnastik**

Ich bestätige die ordnungsgemäße Teilnahme des/der Teilnehmers/in am Funktionstraining im genannten Abrechnungszeitraum:

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Abrechnungszeitraum (von M/J bis M/J)

Unterschrift des/der Therapeut/in

### Abrechnung

Warmwassergymnastik 1 x

W 702505

2 x

Trockengymnastik 1 x

T 702506

2 x

Gesamtabrechnungsbetrag \_\_\_\_\_ €

Institutionskennzeichen\*):

Kontonummer\*):

Bankleitzahl\*):

Kreditinstitut \*):

\*) Angaben nur bei Einzelabrechnung

\*) Datum, Stempel und Unterschrift der abrechnenden Stelle