

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--

**Zuständiger Rentenversicherungsträger:**

**Abrechnungsbild für die Rehabilitationssportgruppe oder  
Funktionstrainingsgruppe**

**G0851**

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

**Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

Name, Vorname

Geburtsdatum

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 Nr.	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 / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift
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 Rentenversicherungsträger:**

**Bestätigung der Versicherten / des Versicherten**

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

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

**Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe**

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

**Abrechnung** (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)

Rehabilitationssport in Herzgruppen:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Rehabilitationssport im Wasser:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Sonstiger Rehabilitationssport:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Funktionstraining: Trockengymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
Funktionstraining: Wassergymnastik	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
	X		=
<b>Gesamtbetrag =</b>			_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit vorhanden)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G0850 - Seite 5) ist beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



