Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Abrechnungsformular 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				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

G0851-00 DRV
V001 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift
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			
51				73			
52				74			

G0851-00 DRV
V001 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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)

	Anzahl der Übungsveranstaltungen		vereinbarter Vergütungssatz		Betrag in EUR
sonstiger Rehabilitationssport:		x		=	
Rehabilitationssport in Herzgruppen:		x		=	
Funktionstraining: Trockengymnastik		x		=	
Funktionstraining: Wassergymnastik		x		=	
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, Rehabilitationssport im Wasser, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)		x		=	
			Gesamtbetrag	=	_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

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

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle

G0851-00 DRV
V001 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015