

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ihre Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Max Mustermann
Musterstraße 97
98564 Musterstadt

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Ende 2009

3

0

0

4

0

8

EVG Hilfs- Impf- Sor.-St. Begr- Apotheken-Nummer / IK
 mittel stoff Bedarf Pflicht

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1. Verordnung

Rehabilitations sport

2. Verordnung

Gymnastik

3. Verordnung

50 Übungseinheiten / max 18 Mon.

Rp. (Bitte Leerräume streichen)

Erfolg auf Rezept....!



Mo / Mi / Fr	7.00 - 22.30 Uhr
Di / Do	9.00 - 22.30 Uhr
Sa	14.00 - 18.00 Uhr
So	10.00 - 14.00 Uhr

Gebührenpflicht

Gebührenpflicht

noctu

Sonstiges

Unfall

Arbeits-Unfall

aut idem

aut idem

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer

Abgabedatum
in der Apotheke

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Poststr. 19 (am Porsche Werk) . 04158 Leipzig
Fon 0341 - 5215190 . www.fitnessclub-rietzschketal.de

Unterschrift Arzt

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 10.00 Uhr RÜCKEN AKTIV	ab 10.00 Uhr SPEZIALMIX	ab 10.00 Uhr WORKOUT	ab 10.00 Uhr SPEZIAL MIX	ab 10.00 Uhr BAUCH
ab 11.00 Uhr REHA-SPORT	ab 10.30 Uhr SPINNING	ab 17.00 Uhr PILATES	ab 16.00 Uhr REHA-SPORT	ab 17.00 Uhr SPINNING
ab 17.00 Uhr FATBURNER LANGHANTEL	ab 17.00 Uhr REHA-SPORT	ab 18.00 Uhr STEP	ab 17.00 Uhr RÜCKEN AKTIV	ab 18.00 Uhr POWER WORKOUT LANGHANTEL
ab 18.00 Uhr BAUCH-BEINE-PO	ab 18.00 Uhr STEP	ab 19.00 Uhr SPINNING Stufe 2	ab 18.00 Uhr BAUCH STRECHING	ab 19.00 Uhr PFUNDEKILLER ERNÄHRUNGS- KURS
ab 19.00 Uhr WSG	ab 19.00 Uhr SENSUAL FIGHTING	ab 20.00 Uhr WORKOUT	ab 19.00 Uhr FATBURNER RELAX	
	ab 20.00 Uhr BAUCH			

Kursplan

Änderungen, Irrtümer vorbehalten.

Sonntag

ab 10.00 Uhr
BAUCH-BEINE-PO