

Anlage 1

Abrechnungsbogen

Zeitraum der Schulung: _____

| Nr. | KV-Nummer | Name, Vorname | Unterschrift* |
|-----|-----------|---------------|---------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

* mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Schulungsmodul „Bewegung“.

Bitte senden Sie den Abrechnungsbogen ausgefüllt an die

AOK Sachsen-Anhalt
2.9 Disease Management
Lüneburger Straße 4
39106 Magdeburg.