Anhang 1 zur Anlage 2: Muster für die Versichertenbestätigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der Versicherten	geb. am:
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.	

IK Leistungserbringer: _____

(**21901**) Geburtsvorbereitung in der Gruppe

(**21904**) Rückbildungsgymnastik in der Gruppe

Positionsnummer	Datum	Unterschrift der Versicherten

LEGS: 2100501/2200501/2700511/2800511/2900511