# Anhang 1 zur Anlage 2: Muster für die Versichertenbestätigung

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | |
|---|---|
| Name, Vorname der Versicherten | geb. am: |
| Kassen-IK | Versicherten-Nr. |
| | |

IK Leistungserbringer: _____

(X1901) Geburtsvorbereitung in der Gruppe

(X1904) Rückbildungsgymnastik in der Gruppe

| Positionsnummer | Datum | Unterschrift der Versicherten |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |