

Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

<p>Name des Mitgliedsbetriebes</p> <p>Straße / Hausnummer</p> <p>PLZ Ort</p>	<p>Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)</p> <p>Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Teilnahmeliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.			
	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift
1			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>

Bestätigung durch das Unternehmen	
<p>Ansprechperson im Unternehmen</p> <p>Name, Vorname:</p> <p>Tel.:</p> <p>E-Mail:</p>	<p>Stempel, Unterschrift</p> <p>Ort, Datum</p>

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Anleitung zum Ausfüllen eines Abrechnungsformulars

Die Malteser bieten als Serviceleistung an, die Kursgebühren direkt mit den Berufsgenossenschaften/Unfallkassen abzurechnen. Hierzu benötigen wir **am Kurstag** ein vollständig ausgefülltes Abrechnungsformular **im Original**. Scans, Kopien und per Mail zugesandte Formulare werden von den BGs/UKs nicht anerkannt.

Alle grün eingerahmten Felder müssen vom entsendenden Unternehmen ausgefüllt werden.

Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

Abrechnungsformular für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Erst Helfenden

Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes
 Straße / Hausnummer
 PLZ Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
 Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

Name und Anschrift des entsendenden Unternehmens.

Name, Vorname und Geburtsdatum der teilnehmenden Personen.

Name, Telefonnummer und Mailadresse der Ansprechperson im entsendenden Unternehmen.

Zuständige BG/UK und Mitglieds-/Versicherungsnummer des entsendenden Unternehmens.

Die Unterschriften der Teilnehmenden. Bitte direkt am Kurstag unterschreiben. **Muss im Original sein.**

Stempel, Unterschrift, Ort und Datum des entsendenden Unternehmens.

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	<input type="checkbox"/>
1			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen
 Name, Vorname:
 Tel.:
 E-Mail:

Stempel, Unterschrift
 Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular
 Datum des Lehrgangs
 Kennziffer der Ausbildungsstelle
 Name der Lehrkraft
 Registriernummer des Lehrgangs
 Ort des Lehrgangs
 Ort, Datum
 Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Version: 07/2021

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 109 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.

Unternehmen die folgenden Berufsgenossenschaften angehören müssen beachten:

BGW (Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege): **eigenes Formular!** direkt bei der BGW im Onlineportal zu beantragen

BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe: **eigenes Formular!** direkt bei der BGN beantragen

UK Nord: **zusätzlich!** Kostenübernahme direkt bei der UK Nord beantragen und zusammen mit dem Formular am Kurstag vorlegen.