

# Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- ☐ Ausbildung
- ☐ Fortbildung
- ☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

|                                                                                         |                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Name des Mitgliedsbetriebes</div> <div>Straße / Hausnummer</div> <div>PLZOrt</div> | <div>Zuständiger Unfallversicherungsträger<br/>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)</div> <div>Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Teilnahmeliste |               | Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.<br>Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen. |              | Bestätigung<br>durch die<br>Ausbildungsstelle |
|----------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
|                | Name, Vorname | Geburts-tag                                                                                                                                        | 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                                                                      |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <div>Ansprechperson im Unternehmen</div> <div>Name, Vorname:</div> <div>Tel.:</div> <div>E-Mail:</div> | <div>Stempel, Unterschrift</div> <div>Ort, Datum</div> |

| 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 |