

# Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

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

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

| 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 |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Ansprechperson im Unternehmen     | Stempel, Unterschrift |
| Name, Vorname:                    |                       |
| Tel.:                             |                       |
| E-Mail:                           |                       |
|                                   | Ort, Datum            |

| Bestätigung durch die Ausbildungsstelle         |                                               |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular | Datum des Lehrgangs                           |
|                                                 | Sa, 06.02.2027                                |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle                | Name der Lehrkraft                            |
| 3.0218                                          |                                               |
| Registriernummer des Lehrgangs                  | Ort des Lehrgangs                             |
|                                                 | Michael-Weingartner-Str. 9                    |
| Ort, Datum                                      | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |
|                                                 | Bayerisches Rotes Kreuz                       |
|                                                 | Kreisverband Pfaffenhofen/Ilm                 |
|                                                 | Michael-Weingartner-Str. 9                    |
|                                                 | 85276 Pfaffenhofen                            |