

**Antrag auf Bezuschussung des Versicherten, Teilnahmebescheinigung und
Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters
Individuelle Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V nach Kapitel 5 GKV-
Leitfaden Prävention**

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Die Versicherte/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der
Krankenkasse:

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67a,b SGB X). Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

1. **Antrag auf Bezuschussung** (von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name der/des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr. (s. Kranken- versichertenkarte)
---------------------------	---------	--------------	--

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:

Name, Adresse, Tel. und E-Mail-Adresse des Anbieters/der Anbieterin:

(Name, Vorname der Anbieterin/des Anbieters)

(Adresse, Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters)

(E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters)

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannter/n Kursleiterin/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN	BIC	Bank
Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten

TB PräV

securita

KRANKENKASSE

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung für zertifizierte Präventionsangebote
(Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) (von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau _____ hat an der Maßnahme mit dem Titel
(Titel der Maßnahme) _____

von _____ bis _____
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)
an _____ von _____ Kurseinheiten à _____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur ein Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

Kursleiterin/ Kursleiter
(Name, Vorname) _____

Kurs-ID _____
(Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)

Der o. g. Kursleiter hat /Die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € _____ entrichtet.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Hinweis:

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ort	Datum	Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters
_____	_____	_____

TB PräV