

Formular für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse

1. Teilnahmebescheinigung der Anbieterin/des Anbieters
2. Antrag der/des Versicherten auf Bezuschussung

Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“ aus.

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“ aus.

Die/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der Krankenkasse:

Hinweis für die/den Versicherte/n: Die hier erhobenen Daten werden zur Bearbeitung Ihres Leistungsantrags verwendet, um zu prüfen, ob die Krankenkasse Kosten erstatten kann. Dazu ist der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. e) DS-GVO i. V. m. § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

1. Teilnahmebescheinigung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention) (von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

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

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)

- | | |
|--|--|
| ☐ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität | ☐ Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| ☐ Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | ☐ Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| ☐ Förderung von Stressbewältigungskompetenzen | ☐ Förderung von Entspannung |
| ☐ Förderung des Nichtrauchens | ☐ Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung Alkoholkonsum |

Kursleiterin/Kursleiter

(Name, Vorname) _____

Kurs-ID

(Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention) _____

Die o. g. Kursleiterin/Der o. g. Kursleiter hat 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 der Teilnehmerin/dem Teilnehmer 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
--------------	----------------	--

2. Antrag auf Bezuschussung

(der/des Versicherten bzw. von deren/dessen gesetzlicher Vertreterin/gesetzlichem Vertreter, in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

_____ Name der/des Versicherten	_____ Vorname der/des Versicherten	_____ Geburtsdatum der/des Versicherten	_____ Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)
------------------------------------	---------------------------------------	---	--

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:

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

_____ Name der Anbieterin/des Anbieters	_____ Vorname der Anbieterin/des Anbieters
_____ Adresse der Anbieterin/des Anbieters	
_____ 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 genannten 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 der/des Versicherten