



**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:

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