

**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.

Vermerk 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 Angaben der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a,b SGB X).

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

.....
Name der/des Versicherten

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Versicherten-Nr.
(s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:

Bewegungsstudio FITNESS plus
Schulstr. 13
72654 Neckartenzlingen
07127 / 22221
info@fitness-pilates-plus.de



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

bitte wenden

**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)

- | | |
|--|--|
| ☐ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | ☐ 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 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