

Teilnahmebescheinigung und Antrag auf Bezuschussung

Individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V

Hinweis 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).

Der Anbieter der Maßnahme füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“ dieses Bogens aus. Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“ aus und leitet den Bogen an die Krankenkasse weiter.

Name und Adresse des Anbieters:

1. Teilnahmebescheinigung (vom Anbieter auszufüllen)

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin	Vorname	Geburtsdatum
hat von _____ bis _____ (Tag, Monat, Jahr)	(Tag, Monat, Jahr)	
an folgender Maßnahme teilgenommen:		
Kursleiter: (ggf. mehrere)	Name(n)	Qualifikation(en) (staatl. anerkannte Ausbildungen)
		Zusatzqualifikation(en) (nur auf die Maßnahme bezogene Qualifikationen)

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

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

Sie/er hat an _____ von _____ Kurseinheiten teilgenommen, die _____ Minuten je Einheit umfassten.

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

Wir bestätigen, dass diese Teilnahmegebühr nicht anstelle eines Mitgliedsbeitrags für eine frühere, bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft an uns gezahlt oder auf einen Mitgliedsbeitrag angerechnet wurde. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer nicht als Geld- oder Sachleistung zurück erstattet. – Wir versichern, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und unseren Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen. – Die Inhalte des Kurses/Seminars wurden ausschließlich durch den/die oben genannten Kursleiter persönlich vermittelt. – Wir versichern, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort	Datum	Unterschrift des Anbieters
-----	-------	----------------------------

2. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter auszufüllen)

Ich bestätige, dass die oben stehenden Angaben des Anbieters richtig sind. Die Leistung (Kurs/Seminar) habe ich erhalten. Ich füge einen Nachweis (z. B. Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe. Hiermit beantrage ich einen Zuschuss zu dieser Maßnahme.

Versicherten-Nr. (siehe Krankenversichertenkarte)	Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten
Bank	Konto-Nr.	BLZ	