## 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.

**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.

Vermerke der Krankenkasse:

**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

HATHA - YOGA

von _____ bis _____
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

an _____ von 10 Kurseinheiten à 90 Minuten Dauer teilgenommen.

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

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

**Kursleiterin/Kursleiter**
(Name, Vorname) Herczeg, Bärbel

**Kurs-ID**
(Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention) KU-ST-RSQ29F

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € 95,— 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.

Bitte wenden

**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:

| Herczeg | Bärbel |
|---|---|
| Name der Anbieterin/des Anbieters | Vorname der Anbieterin/des Anbieters |

Diefenbacher Straße 23, 75433 Maulbronn
Adresse der Anbieterin/des Anbieters

| 07043-6389 | b.herczeg@gmx.de |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|