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.

Vermerk der Krankenkasse:

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

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

Hatha Yoga für Schwangere

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

an ..... von 8 Kurseinheiten à 60 Minuten Dauer teilgenommen.

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

- ☐ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- ☐ 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 des Alkoholkonsums

Kursleiterin/Kursleiter (Name, Vorname): Nicole Lehne

Kurs-ID (Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention): 20190310-1092841

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € 80,00 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:

FamLetic	.....
Name der Anbieterin/des Anbieters	Vorname der Anbieterin/des Anbieters

Crimmitschauer Straße 32 08412 Werdau
Adresse der Anbieterin/des Anbieters

0172 / 9787184	jennifr@famletic.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