

Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

für individuelle Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Der Anbieter / Durchführende des Kurses oder Seminars füllt den oberen Teil dieses Bogens aus, der Versicherte leitet ihn nach Ergänzung an seine Krankenkasse weiter.

Name und Adresse des Leistungsanbieters:

(bitte ergänzen bzw. Stempel anbringen!)

Kurs-ID-Nr. in der easy!Kursdatenbank: 200.....-.....

Hinweis für die Versicherten:

Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten, um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)

.....
Name des Teilnehmers

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

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

an folgender Maßnahme teilgenommen:

Name, Vorname des Kursleiters:

Qualifikation des Kursleiters:

Präventionsprinzip (bitte nur **ein** Präventionsprinzip ankreuzen – dasjenige, worauf der **Schwerpunkt** liegt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität | <input type="checkbox"/> Vorbeugung und Reduzierung spez. gesundheitl. Risiken durch geeignete gesundheitsor. Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung u. Reduktion v. Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung individueller Kompetenzen zur Vermeidung stressbedingter Ges.risiken | <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens/ Reduzierung des Alkoholkonsums |

Die / der Teilnehmer/in hat die Gebühr in Höhe von EUR entrichtet.

Sie / er hat an von Kurseinheiten teilgenommen.

Ich versichere hiermit, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Kursanbieters/Kursleiters

Vom Versicherten auszufüllen:

Hiermit beantrage ich einen Zuschuss zum o.g. Kurs und bestätige, dass die vom Kursanbieter gemachten Angaben richtig sind. Ich habe den ausgewiesenen Teilnahmebetrag tatsächlich entrichtet. Der Zuschuss soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Bank: Konto-Nr.: BLZ:

Versicherungsnr.: Datum/Unterschrift:.....

(siehe Krankenversichertenkarte)