

Teilnahmebescheinigung (Muster) für individuelle Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 SGB V

Der Anbieter/Durchführende des Kurses oder Seminars füllt diesen Bogen aus. Der Versicherte leitet ihn an die Krankenkasse weiter.

Hinweis für die Versicherten:

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

Raum für Vermerke
der Krankenkassen

.....
Vers.Nr.

Stempel der Krankenkasse

Name und Adresse des Leistungsanbieters

Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name

Vorname

Geburtsdatum

hat von

(Tag, Monat, Jahr)

bis

(Tag, Monat, Jahr)

an folgender Maßnahme teilgenommen:

Der Kurs wurde geleitet von (Name und Qualifikation der Kursleitung):

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur *ein* Präventionsprinzip ankreuzen, das, worauf der Schwerpunkt liegt)

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

Sie/er hat an von Kurseinheiten mit einem Umfang von Minuten je Einheit teilgenommen.

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

Es wird bestätigt, dass die Maßnahme kein Leistungsbestandteil einer bestehenden Mitgliedschaft ist und die Teilnahmegebühr weder mit bisherigen noch mit aktuellen oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird.

Ort

Datum

Unterschrift des Leistungsanbieters

Vom Versicherten auszufüllen:

Die Richtigkeit der vorgenannten Angaben zum Kurs wird bestätigt. Ein Nachweis der Zahlung der Teilnahmegebühr ist beigefügt. Hiermit beantrage ich einen Zuschuss zum o.g. Kurs. Dieser soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Bank: Konto-Nr.: BLZ:

Versicherungsnr.: (siehe Krankenversichertenkarte)

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlicher Vertreter