Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Präsenz- und IKT-Kurse gemäß Kapitel 5 Leitfaden Prävention

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 Zentrale Prüfstelle Prävention)
(von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Frau/Herr _____ hat an der Maßnahme mit dem Titel

Hatha Yoga

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

an _____ von 12 Kurseinheiten à 75 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
- ☐ Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
- ☐ Förderung des Nichtrauchens
- ☐ Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme
- ☐ Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- ☒ Förderung von Entspannung und Erholung
- ☐ Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung Alkoholkonsum

Kursleiterin/Kursleiter (Name, Vorname) Dr. Brinkmeier , Tina

Kurs-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) KU-ST-DBWZ2E

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € 195,00 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/desVersicherten	Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)
Bei Minderjährigen: Name der/des Sorgeberechtigten	Vorname der/des Sorgeberechtigten	Geburtsdatum der/des Sorgeberechtigten	

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:
Name, Adresse, Tel. und E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters:

yoga-ma	
Name der Anbieterin/des Anbieters	Vorname der Anbieterin/des Anbieters

Schockenriedstraße 4B, 70565 Stuttgart
Adresse der Anbieterin/des Anbieters

0711 12150753	info@yoga-ma.com
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 bei Minderjährigen der/des Sorgeberechtigten (bei digitalem Upload in der App oder im Login-Bereich der Krankenkasse entbehrlich)