

Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte digitale Angebote gemäß Kapitel 7 Leitfadens Prävention.

Zu verwenden für Anwendungen mit aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten (Option A) sowie Anwendungen ohne definierte Einheiten (z.B. Apps) (Option B)

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.

Vermerke der Krankenkasse:

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.

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 _____

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

Option A) Eintragung notwendig bei digitalen Angeboten mit aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten

- Hiermit wird bestätigt, dass alle Pflichteinheiten des Angebotes innerhalb von 6 Monaten absolviert wurden.
Dies entspricht einer Teilnahmequote von 100 Prozent.

Option B) Eintragung notwendig bei digitalen Angeboten ohne definierte Einheiten, z. B. Apps.

- Hiermit wird bestätigt, dass die Nutzung des digitalen Angebots durch die Teilnehmerin/den Teilnehmer der als geeignet definierten Nutzungsintensität entspricht und alle notwendigen Inhalte zur Erreichung des gesundheitlichen Nutzens durchlaufen wurden. Die Nutzungshäufigkeit erfolgte gemäß gesundheitlicher Nutzensnachweis (Studie) bzw. Studienprotokoll. Die Unterlagen sind in der Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention hinterlegt.

Der gesundheitliche Nutzen bezieht sich auf Endpunkte (d.h. trainierbare Gesundheitsförderungsfaktoren) des folgenden Präventionsprinzips (nur **ein** Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität | <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"/> Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung und Erholung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung Alkoholkonsum |

Anbieterin/Anbieter
(verantwortliche Stelle)

(Name, Vorname)

Kurs-ID

(Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)

Die Anforderungen an qualifiziertes Fachpersonal gemäß Leitfadens Prävention werden erfüllt.
Die digitale Anwendung gemäß Kapitel 7 steht dem Versicherten grundsätzlich ein Jahr zur Verfügung.

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € _____ 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. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

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 Unterschrift bzw. digitale Signatur
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)

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 der Anbieterin/des Anbieters Vorname der Anbieterin/des Anbieters

Adresse der Anbieterin/des Anbieters

Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und 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. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

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)