

# Formular für Kurse, die nicht von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind; mit Bestätigung der Kenntnisnahme möglicher rechtlicher Folgen von Verstößen gegen den Leitfaden Prävention

1. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters
2. Antrag der/des Versicherten auf Bezuschussung

Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus.

Die/Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars 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 und Verpflichtungserklärung (von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat an der Maßnahme mit dem Titel \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

an \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Kurseinheiten à \_\_\_\_\_ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (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"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen                           | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung   |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens   | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung Alkoholkonsum                            |

### Kursleiterin/Kursleiter

|       |               |                                      |
|-------|---------------|--------------------------------------|
| _____ | _____         | _____                                |
| Name  | Qualifikation | Maßnahmebezogene Zusatzqualifikation |

### ggf. weitere Kursleiterin/Kursleiter

|       |               |                                      |
|-------|---------------|--------------------------------------|
| _____ | _____         | _____                                |
| Name  | Qualifikation | Maßnahmebezogene Zusatzqualifikation |

Die o. g. Kursleiterin/Der o. g. Kursleiter hat (bzw. die o. g. Kursleiterinnen/Kursleiter haben) die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € \_\_\_\_\_ entrichtet.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt.

Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.

**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.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

**Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis:**

Sofern ich als Anbieterin/Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, die/den Versicherte/Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

- Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

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:

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 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