

**ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG DES VERSICHERTEN,
TEILNAHMEBESCHEINIGUNG UND VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG DES ANBIETERS
INDIVIDUELLE MAßNAHMEN (KURSE, SEMINARE) DER PRIMÄRPRÄVENTION NACH § 20 SGB V**

Vermerke der Krankenkasse:

Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus.

Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus.

Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§67 a, b SGB X).

1. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)
-----------------------	---------	--------------	---

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme [Kurs-ID: 20120412-295771]

Neue Rückenschule nach KddR

Titel

Vida Vital Physiotherapiezentrum .Wiesenstr. 10, 65439 Flörsheim

Name und Adresse des Anbieters:

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/ 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:

Kontoinhaber

IBAN	BIC	Bank
------	-----	------

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten
-----	-------	-------------------------------

Bitte wenden

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung (von Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau _____ hat an der umseitig genannten Maßnahme
vom (Tag, Monat, Jahr) _____ bis (Tag, Monat, Jahr) _____

an _____ von _____ Kurseinheit _____ Minuten Dauer teilgenommen

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur ein Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <input checked="" 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 des Alkoholkonsums |

Luis Engelke-Inostroza 79,00
Kursleiter Teilnahmegebühr in Euro

Ggf. weitere Kursleiter (Name)	Qualifikation (staatl. anerkannter Berufs-/Studienabschluss)	Zusatzqualifikation (nur Maßnahmebezogene Qualifikation)
--------------------------------	--	--

Der o. g. Kursleiter hat / die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt. Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die o.g. Gebühr 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 dem Teilnehmer/der Teilnehmerin 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 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, den 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.

Angaben zum Anbieter

Wiesenstr. 10, 65439 Flörsheim

Adresse

06145 546434

Telefonnummer

Flörsheim

Ort

engelke-inostroza@t-online.de

E-Mail Adresse

Datum

Persönliche Unterschrift des Anbieters