

**Antrag auf Bezuschussung des Versicherten,  
Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters  
Individuelle Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V nach Kapitel 5 GKV-Leitfaden Prävention**

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus.  
Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus.

Die Versicherte/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der Krankenkasse:

**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 (§§ 67a,b SGB X). Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**1. Antrag auf Bezuschussung** (von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name der/des Versicherten

Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.  
(s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme durchgeführt von:

**Yogaschule Claudia Schötz**

**Kanalstraße 14, 75417 Mühlacker-Enzberg, Tel. 07233 – 2341**

**claudia.schoetz@web.de**

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannter/n 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 des Versicherten

bitte wenden

**2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung** (von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau

hat an der Maßnahme mit dem Titel: **Mit Yoga entspannt durch den Alltag**

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

an \_\_\_\_\_ von **8** Kurseinheiten à **90** Minuten Dauer teilgenommen.

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

**X Förderung von Entspannung**

Kursleiter

Ggf. weitere Kursleiter	<b>Claudia Schötz</b>	<b>Kauffrau</b>	<b>Yogalehrerin</b>
Name	Qualifikation (staatl. anerkannter Berufs-/Studienabschluss)	Zusatzqualifikation (nur Maßnahme-bezogene Qualifikation)	

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € **104,- €** 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.

Ort

Datum

Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters