

# Erstattungsantrag & Teilnahmebescheinigung für Präventionskurse

## 1 Teilnahmebescheinigung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention) [von dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen]

Teilnehmer

hat an der Maßnahme mit dem Titel

von  bis

an  von  Kurseinheiten à  Minuten Dauer teilgenommen.

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

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme
- Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
- Förderung von Entspannung und Erholung
- Förderung des Nichtrauchens
- Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung Alkoholkonsum

Kursleiter

Kurs-ID (Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention)

Der o.g. Kursleiter hat die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Der Teilnehmer hat die Gebühr von  Euro entrichtet.

**Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben:** Ich bestätige, dass der Zuschuss der Heimat Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird 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 Heimat Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Datum  | Ort

Unterschrift Anbieter

## 2 Antrag auf Bezuschussung

[vom Versicherten bzw. von dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen]

Name, Vorname Versicherter	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar [freiwillige Angabe]
Name, Vorname Sorgeberechtigter [bei Minderjährigen]	Geburtsdatum Sorgeberechtigter [bei Minderjährigen]

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

Name, Vorname Anbieter	
Adresse Anbieter	
Telefonnummer Anbieter	E-Mail-Adresse Anbieter

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von dem umseitig genannten 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 Heimat 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.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

Name, Vorname Kontoinhaber [falls abweichend vom Antragsteller]
---

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss zurückzahlen ist.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift Versicherter*
----------------------------

\*Bei Minderjährigen Unterschrift Sorgeberechtigter [nicht notwendig, wenn der Antrag über unsere ServiceApp eingereicht wird]

### Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

### Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei) · [www.heimat-krankenkasse.de/kontakt](http://www.heimat-krankenkasse.de/kontakt)

### Hinweis für den Versicherten:

- ▶ Die hier erhobenen Daten benötigen wir zur Bearbeitung Ihres Leistungsantrages. Mit dem Nachweis der regelmäßigen Teilnahme prüfen wir, ob wir Ihnen die Kosten für den Präventionskurs bezuschussen können.



Bitte Teil 1 und 2 zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Team Prävention und Zuzahlungsbefreiung  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld