

Teilnahmebescheinigung und Antrag auf Bezuschussung

Individuelle Maßnahmen (Muskelaufbau) der Primärprävention nach § 20 SGB V



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.

Der Anbieter der Maßnahme füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“ dieses Bogens aus.

Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“ aus und leitet den Bogen an die Krankenkasse weiter.

Name und Adresse des Anbieters:

1. Teilnahmebescheinigung (vom Anbieter auszufüllen)

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
hat von _____ bis _____ (mindestens 6 Monate)
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)
an folgender Maßnahme teilgenommen: gerätegestütztes Muskelaufbautraining

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <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"/> Multimodale Stressbewältigung | <input type="checkbox"/> Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr von € _____ monatlich entrichtet.

Wir versichern, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und unseren Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen. Wir versichern, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

_____ Ort _____ Datum _____ Stempel + Unterschrift des Anbieters

2. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter auszufüllen)

Ich bestätige, dass die oben stehenden Angaben des Anbieters richtig sind. Die Leistung, gerätegestütztes Muskelaufbautraining, habe ich erhalten. Ich füge einen Nachweis (z. B. Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.
Hiermit beantrage ich einen Zuschuss zu dieser Maßnahme.

_____ Versicherten-Nr. _____ Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Versicherten
(siehe Krankenversichertenkarte)

_____ Name der Bank _____ IBAN _____ BIC _____