

Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte digitale Angebote gemäß Kapitel 7 Leitfadens Prävention

Das anbietende Unternehmen / die anbietende Organisation füllt **Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“** aus. Die GKV-versicherte Person füllt **Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“** aus und leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis: 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 für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) (von dem anbietenden Unternehmen / der anbietenden Organisation in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

hat folgender Maßnahme teilgenommen:

Vor- und Nachname der teilnehmenden Person

Titel der Maßnahme

Teilnahme von (TT.MM.JJJJ) Teilnahme bis (TT.MM.JJJJ)

☐ Die teilnehmende Person hat die vorgegebene Nutzungsintensität des digitalen Angebots gemäß Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention erfüllt. Der gesundheitliche Nutzen bezieht sich auf Endpunkte (d. h. trainierbare Gesundheitsförderungsfaktoren) des folgenden Präventionsprinzips:

Präventionsprinzip

Name des Unternehmens/der Organisation (verantwortliche Stelle) - Gemäß Artikel 4 DSGVO. Bei nicht öffentlichen Einrichtungen die Geschäftsführung.

Angebots-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)

Die Anforderungen an qualifiziertes Fachpersonal gemäß Leitfadens Prävention werden erfüllt.
Die Maßnahme gemäß Kapitel 7 steht der teilnehmenden Person grundsätzlich ein Jahr als digitales Angebot zur Verfügung.

Die Teilnahmegebühr von _____ Euro wurde entrichtet.

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 Teilnehmenden nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Präventionsangebot ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Hinweis: Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ort Datum Unterschrift bzw. digitale Signatur der unterzeichnungsberechtigten Person

2. Antrag auf Bezuschussung

(von der GKV-versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person, in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

Vor- und Nachname der GKV-versicherten Person

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.
(siehe Krankenversichertenkarte)

Vor- und Nachname der gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person

Geburtsdatum

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

Name des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Adresse des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Ich bestätige, dass ich an der oben genannten Maßnahme teilgenommen 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 Präventionsangebot ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN

Ort Datum Unterschrift bzw. digitale Signatur der GKV-versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person (bei digitalem Upload in der App oder im Login-Bereich der Krankenkasse entbehrlich)