

**(Muster-) Teilnahmebescheinigung
für individuelle Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V**

Der Anbieter/Durchführende des Kurses oder Seminars füllt diesen Bogen aus, und der Versicherte leitet ihn an die Krankenkasse weiter.

Hinweis für die Versicherten:

Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten, um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Raum für Vermerke
der Krankenkasse

.....
Vers.Nr.

Stempel der Krankenkasse

Name und Adresse des Leistungsanbieters

Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

hat von

.....
(Tag, Monat, Jahr)

bis

.....
(Tag, Monat, Jahr)

an folgender Maßnahme teilgenommen:

.....
Der Kurs wurde geleitet von (Name und Qualifikation der Kursleitung):

.....
Präventionsprinzip/Inhalt: (bitte nur *ein* Präventionsprinzip/Inhalt ankreuzen – dasjenige, worauf der Schwerpunkt liegt)

.....
Reduzierung von Bewegungsmangel durch
gesundheitssportliche Aktivität

.....
Vorbeugung und Reduzierung spezieller
gesundheitlicher Risiken durch geeignete
verhaltens- und gesundheitsorientierte
Bewegungsprogramme

.....
Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

.....
Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

.....
Multimodale Stressbewältigung

.....
Entspannung

.....
Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr in Höhe von € entrichtet.

Sie/er hat an von Kurseinheiten teilgenommen

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Übungsleiters