



**BKK Akzo Nobel Bayern**  
Glanzstoffstraße 1  
63906 Erlenbach

**Fax:** 06022 70698-460  
**E-Mail:** kundenberatung@bkk-akzo.de  
**Haben Sie Fragen?**  
**Servicehotline:** 06022 7069-460

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

## 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 Zuschuss“ dieses Formular 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.

**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.

Vermerke der Krankenkasse

### 1. Antrag auf Zuschuss (von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter auszufüllen)

Name der/des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr.
---------------------------	---------	--------------	------------------

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme durchgeführt von

Name der Anbieterin/des Anbieters	Adresse der Anbieterin/des Anbieters
-----------------------------------	--------------------------------------

E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters	Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters
---	--

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.



## 1. Antrag auf Zuschuss (von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter auszufüllen)

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto		
IBAN		
D E _____		
BIC	Bank	
Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten

## 2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)

Herr/Frau	hat an der Maßnahme mit dem Titel	
von (TT.MM.YYYY)	bis (TT.MM.YYYY)	an _____ von _____ Kurseinheiten a _____ Minuten Dauer teilgenommen.
Präventionsprinzip/Inhalt: (nur <b>ein</b> 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"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums		
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung		
<input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen		
<input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens		
<input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht		
<input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung		
Kursleiterin/ Kursleiter (Name, Vorname)	Kurs-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)	

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € \_\_\_\_\_ entrichtet.

**Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedschaftsbeiträge 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 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 Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

## Unterschrift

Ort	Datum	Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters
-----	-------	---