

Antrag auf Kostenerstattung für Gesundheitskurse und Maßnahmen

nach § 20 Abs. 1 SGB V / § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Maßnahme nach:
§ 20 § 43

Der Anbieter füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ und der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Kostenerstattung“ dieses Formulars aus und leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Hinweis für den Versicherten: 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. 1) DSGVO i. V. m. § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

1. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters (vom Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

| | | | |
|--------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|
| Name des Versicherten | Vorname | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | hat an der nachfolgend genannten Maßnahme | |
| | Tag, Monat, Jahr | Tag, Monat, Jahr | |
| von: | <input type="text"/> | bis: | <input type="text"/> |
| an: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> | Kurseinheiten | a: <input type="text"/> |
| | | | Minuten Dauer teilgenommen. |

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 gesundheitl. Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangelernährung oder Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungs-kompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von 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 Euro entrichtet.

| | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| | Kursbezeichnung | Kurs-ID |
| Kursleiter: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ggf. weitere Kursleiter: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Der o. g. Kursleiter hat/die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt. Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt. Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen. 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 dem Teilnehmer/der Teilnehmerin 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.

Bitte wenden

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen. Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis: Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen. Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere: die Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen, die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

Ich versichere, dass die umseitig gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

| | | | |
|------------------------|--|---|--|
| Adresse des Anbieters: | | Datum, Ort | |
| | | persönliche Unterschrift des Anbieters: | |

2. Antrag der/des Versicherten auf Bezuschussung

(vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Antragsteller:

| | | | |
|-----------------------|---------|--------------|------------------|
| Name des Versicherten | Vorname | Geburtsdatum | Versicherten-Nr. |
| | | | |

Anschrift:

| | | | |
|-----|-----|--------|------------|
| PLZ | Ort | Straße | Hausnummer |
| | | | |

Ich bestätige, dass ich an der umseitig genannten Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/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.

Bankverbindung: Ich bitte um Überweisung des nach den geltenden Erstattungssätzen der IKK gesund plus festgelegten Betrages auf folgendes Konto:

| | |
|-------|---------------|
| Bank: | Kontoinhaber: |
| | |
| BIC: | Datum: |
| | |
| IBAN: | Unterschrift: |
| | |

Nur von der Krankenkasse auszufüllen!

| | |
|----------------------|--------------------|
| Auftragsbearbeitung: | Buchung auf Konto: |
| | |
| Erstattungsbetrag: | Datum, Ort: |
| Euro | |
| | Unterschrift: |
| | |