Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Präsenz- und IKT-Kurse gemäß Kapitel 5 Leitfaden Prävention

Version 12/2025 Kapitel 5

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 an der Maßnahme mit dem Titel
Vor- und Nachname der teilnehmenden Person

Hatha Yoga Kurs für Anfänger und Wiedereinsteiger

von 15.09.2026 (Tag, Monat, Jahr) bis 15.12.2026 (Tag, Monat, Jahr)

an _____ von 12 Kurseinheiten à 75 Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip Förderung von Entspannung und Erholung

Kursleitung Erlenmaier, Susanne
Nachname, Vorname

Kurs-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) KU-ST-DVP1F8 **IKT-Kurs**

Die oben genannte Kursleitung hat die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnahmegebühr von € 168,00 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 Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

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.

Benediktbeuern	15.12.2026	
Ort	Datum	Unterschrift bzw. digitale Signatur des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

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:

the yoga place
Name des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Dr.- Grundler- Gassl 1, 83673 Bichl
Adresse des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Ich bestätige, dass ich an der oben genannten Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der Kursleitung persönlich durchgeführt wurde.

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. 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)