



Krankenkasse

Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse für individuelle Maßnahmen der primären Prävention nach §20 Abs. 1 und 2 SGB V

Name und Adresse des Anbieters

Vermerk der Krankenkasse

Name _____

Vorname _____

geboren am

hat von _____
Tag / Monat / Jahr

bis _____
Tag / Monat / Jahr

an folgenden Maßnahmen teilgenommen:

Der Kurs wurde geleitet von (Name der Kursleitung):

Präventionsprinzip:

(bitte nur ein Präventionsprinzip ankreuzen - dasjenige, worauf der Schwerpunkt liegt)

- Bewegung zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion
- Bewegung zur Förderung des Muskel/Skelettsystems
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten
- Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmittel

Dieser Kurs entspricht den Anforderungen des Handlungsleitfadens der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr _____ EUR entrichtet.

Sie/Er hat an _____ von _____ Kurseinheiten teilgenommen.

Ort _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Anbieters /Kursleiters

Für die Erstattung der Krankenkasse an den Kunden

Bankverbindung des Versicherten:

Name der Bank: _____

Konto-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____