



# PENUNSEN FÜR DIE PRÄVENTION

**Liebes KRANKE -KASSE -Mitglied,**

toll, dass du etwas für deine Gesundheit tust.

Wir haben deine Unterlagen mit dem Antrag auf Erstattung deiner Kurskosten erhalten.

Natürlich sollst nicht nur du fit bleiben, sondern auch dein Konto. Sende uns deshalb bitte die beiliegende Teilnahmebescheinigung zu und schon können wir über die Finanzspritze entscheiden, mit der wir deine Maßnahme unterstützen.

Hast du noch Fragen? Wir beraten dich gern.

Ruf uns einfach an: 0800-K-R-A-N-K-E-K

**Dein Team von der KRANKEN KASSE**



**KRANKE KASSE**  
Postfach 19 12 53  
14002 Berlin

**Ja, ich habe echt was für mich getan!**

Ganz paragraphengetreue Teilnahmebescheinigung für Maßnahmen der sogenannten „primären Prävention“ (nach § 20 Abs. 1 SGB V)

**So geht's:**

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

Hinweis für den Versicherten:

Die Kranke Kasse verwendet diese Daten, um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (Bürokraten nochmals aufgepasst: nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

(KV-Nr.)

Stempel / Unterschrift  
der KRANKEN KASSE

Name und Adresse des Leistungsanbieters

Raum für Vermerke der Kranken Kasse

**Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der KRANKEN KASSE**

Name, Vorname, Geburtstag

hat vom (T/M/J) bis (T/M/J)

an folgender Maßnahme teilgenommen:

**Art der Prävention:**

(bitte nur eine ankreuzen – diejenige, auf der der Schwerpunkt liegt)

- Kreislauf-Training: Bewegung zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion
- Muskeltraining: Bewegung zur Förderung des Muskel-Skelett-Systems
- Iss-besser-Training: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Iss-weniger-Training: Vermeidung und Verringerung von Übergewicht
- Leb-besser-Training: Vermeidung von Gesundheitsrisiken, richtiger Umgang mit Stress sowie Genuss- und Suchtmitteln

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

Sie/er hat an ..... von ..... Kurseinheiten teilgenommen.

Ort des Leistungsanbieters

Datum

Unterschrift des Leistungsanbieters