

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz Antragsbogen für externe Anbieter (Muster)

An:
(Krankenkasse)

Abs.:
(Name und Adresse des Leistungsan-
bieters)

Wir beantragen die Anerkennung der nachfolgend beschriebenen Maßnahme als durch die oben genannte Krankenkasse förderungsfähige Leistung der Primärprävention.

Präventionsprinzip / Inhalt

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Multimodale Stressbewältigung
- Entspannung
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol
- Reduzierung des Alkoholkonsums

Titel der Maßnahme:

Zielgruppe:

Geschlechtsbezug:

- männlich weiblich nicht geschlechtsspezifisch

Altersgruppen:

Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 bis 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 18 bis 35 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 6 bis 10 Jahre | <input type="checkbox"/> 35 bis 50 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 10 bis 14 Jahre | <input type="checkbox"/> 50 bis 65 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 14 bis 18 Jahre | <input type="checkbox"/> ab 65 Jahre |

Sozialer Bezug:

Maßnahmen der Primärprävention sollen insbesondere auch einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

Die Maßnahme richtet sich speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

- ja nein

(Falls „ja“: Bitte auf getrenntem Bogen erläutern, wie die Zielgruppe erreicht bzw. wie deren Zugang gewährleistet werden soll)

Ggf. weitere Angaben zur genaueren Beschreibung der Zielgruppe:

Ziel der Maßnahme:

Inhalt: (Ggf. bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

Methodik: (Ggf. bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

Unterlagen:

Kursleiter-Manual

- liegt der Krankenkasse vor
 ist beigelegt

Unterlagen für die Teilnehmer

- liegen der Krankenkasse vor
 sind beigelegt

Nachweis der Wirksamkeit:

(Angabe und Beschreibung von Forschungsergebnissen, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahme belegen, bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

Umfang und Dauer der Maßnahme:

Die Maßnahme umfasst _____ Einheiten von jeweils _____ Minuten Dauer

Die maximale Teilnehmerzahl beträgt _____ Personen

Geplanter Zeitpunkt der Durchführung:

von: _____ bis: _____

Größe und Ausstattung des Gruppenraums:

Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Ort und Anschrift):

Qualifikation des Kursleiters

(berufliche Qualifikation, Zusatzqualifikation und methodisch-didaktische Qualifikation):

Nachweise zur Qualifikation (in Kopie) liegen der Krankenkasse bereits vor
 sind beigelegt

Kosten:

Gesamtkosten des Kurses **bzw.** **Kursbeitrag je Teilnehmer**
€ _____ € _____

Von folgenden Krankenkassen liegen Zusagen für die Kostenübernahme für diesen Kurs vor:

(Name der Krankenkasse[n], Ort):

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben und nehmen zur Kenntnis, dass falsche Angaben zum Verlust der Förderungsfähigkeit aller von uns angebotenen Maßnahmen führen können.

Ort, Datum:

Unterschrift:
