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

An: (Krankenkasse)	Abs.: (Name/Adresse des Leistungsanbieters)

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

Präventionsprinzip

- ☐ 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
- ☐ Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken, Inhalt: multimodale Stressbewältigung
- ☐ Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken, Inhalt: 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.

☐ 3 bis 14 Jahre
☐ 15 bis 19 Jahre
☐ 20 bis 29 Jahre
☐ 30 bis 39 Jahre
☐ 40 bis 49 Jahre
☐ 50 bis 59 Jahre
☐ ab 60 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 beigefügt
Unterlagen für die Teilnehmer	☐ liegen der Krankenkasse vor ☐ sind beigefügt

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 beigefügt

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: