

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

<u>An:</u> (Krankenkasse)	<u>Abs.:</u> (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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 bis 14 Jahre | <input type="checkbox"/> 40 bis 49 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 15 bis 19 Jahre | <input type="checkbox"/> 50 bis 59 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 20 bis 29 Jahre | <input type="checkbox"/> ab 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 30 bis 39 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:
