

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**

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 Suchtmitteln

**Titel der Maßnahme:**

---

---

---

---

**Zielgruppe:**

**Geschlechtsbezug:**

männlich

weiblich

nicht geschlechtsspezifisch

**Altersgruppen:**

*Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen.*

3 bis 6 Jahre

6 bis 10 Jahre

10 bis 14 Jahre

14 bis 18 Jahre

18 bis 35 Jahre

35 bis 50 Jahre

50 bis 65 Jahre

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 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 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_