

zurück an:

Leistungsanbieter

Name, Anschrift

DAK

**Antrag auf
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz**

Wir beantragen die Anerkennung der nachfolgend beschriebenen Maßnahme als förderungsfähige Leistung der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V.

Präventionsprinzip

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- 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

Weitere Angaben zur genaueren Beschreibung der Zielgruppe

(z. B. Leistungsfähigkeit, Vorerfahrungen bzw. Kenntnisse, gesundheitliche Einschränkungen, BMI)

Altersgruppen (mehrere Angaben sind möglich)

- 3 bis 6 Jahre 10 bis 14 Jahre 18 bis 35 Jahre 50 bis 65 Jahre
 6 bis 10 Jahre 14 bis 18 Jahre 35 bis 50 Jahre ab 65 Jahre

Umfang und Dauer der Maßnahme

Die Maßnahme umfasst _____ Einheiten von jeweils _____ Minuten Dauer.

Die maximale Teilnehmerzahl beträgt _____ Personen.

Geplanter Zeitpunkt der Durchführung (bitte Datum eintragen)

vom _____ bis _____

Die Maßnahme soll durchgeführt werden in


Ort, Anschrift

Größe und Ausstattung des Gruppenraums

Name und Qualifikation des Kursleiters

z. B. berufliche Qualifikation, Zusatzqualifikation, methodisch-didaktische Qualifikation, Einweisung in das Kursprogramm

Die Nachweise zur Qualifikation liegen der DAK vor sind beigefügt (in Kopie)

Für Rückfragen bitte Rufnummer des Kursleiters angeben: Vorwahl / Rufnummer 

Kosten

Gesamtkosten der Maßnahme _____ €

bzw. Gebühr pro Teilnehmer _____ €

Von folgenden Krankenkassen liegen Zusagen für die Kostenübernahme dieser Maßnahme vor

Name, Ort der Krankenkasse (bitte Kopien beifügen)

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.

Kursanbieter
 Vorwahl / Rufnummer

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Ziele der Maßnahme

Inhalte

Methodik

Unterlagen

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| Kurs-Konzept | <input type="checkbox"/> liegt der DAK vor | <input type="checkbox"/> ist beigelegt |
| Kursleiter-Manual | <input type="checkbox"/> liegt der DAK vor | <input type="checkbox"/> ist beigelegt |
| Teilnehmerunterlagen | <input type="checkbox"/> liegen der DAK vor | <input type="checkbox"/> sind beigelegt |

Vernetzung

Durch welche Maßnahmen wird sichergestellt, dass die Kursteilnehmerin / der Kursteilnehmer nach Beendigung des Kurses das Erlernete langfristig umsetzen oder in anderer Form (z. B. feste Übungs-/Trainingsgruppe, selbst finanzierte Kurse u. Beratungsangebote) weiterführen kann.

Nachweis der Wirksamkeit

Angabe und Beschreibung von Forschungsergebnissen, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahme (des Kursprogramms) belegen. Bitte ggf. auf einem getrennten Bogen erläutern.

Sozialer Bezug

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

Richtet sich die Maßnahme speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen?

- nein ja (Bitte erläutern, wie Zielgruppe erreicht bzw. Zugang gewährleistet werden soll)