

## Teilnahmebestätigung für Präventionsmaßnahmen

nach § 20 Abs. 1 SGB V

Vom Veranstalter auszufüllen

Teilnehmer:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherten-Nummer

\_\_\_\_\_  
Kursbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Kursleiter / Name, Qualifikation

Kursbeginn	Kursende	Dauer pro Einheit	Anzahl der Einheiten	Anzahl der Teilnehmer	Kursgebühr
					€

Wir bestätigen, dass der Teilnehmer regelmäßig am Kurs teilgenommen hat und wir die Kursgebühr erhalten haben.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Veranstalters

\_\_\_\_\_  
Stempel des Veranstalters

Vom Versicherten auszufüllen

**Ich beantrage einen Zuschuss für diese Präventionsmaßnahme.**

Bitte überweisen Sie den Zuschuss auf folgendes Bankkonto:

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Versicherten