

Leistungen zur primären Prävention (§ 20 SGB V)

Kursbeschreibung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit

KURSANBIETER	
Name / Institution	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

KURSBEZEICHNUNG (Kursprogramm)

KURSKONZEPTION	
Kursinhalte	
Zielgruppe	
Evaluation (Wissenschaftliche Bewertung des o.g. Kursprogramms)	
Kursleitermanual	Kopien bitte beifügen/ Bezugsquelle nennen
Teilnehmerunterlagen	Kopien bitte beifügen/ Bezugsquelle nennen

KURSDATEN			
Kursort (Bezeichnung des Gruppenraumes)		Größe des Kursraums (qm)	
Kurszeitraum (von - bis)		Kurstag / Uhrzeit	
Dauer einer Kurseinheit	Anzahl der Kurseinheiten	Gruppengröße	Kosten je Teilnehmer
Geschlossene Kursgruppe* <input type="checkbox"/>			

*gleicher Teilnehmerkreis für die gesamte Kursdauer

KURSLEITUNG	
Name, Vorname	
Berufliche Grundqualifikation(en)	Kopien bitte beifügen
Kursbezogene Zusatzqualifikation(en)	(Kopien bitte beifügen)

KOSTENZUSAGEN ANDERER KRANKENKASSEN	Kopien bitte beifügen
--	-----------------------

DATUM	Unterschrift des Anbieters / der Kursleitung