

# AOK PLUS – Antragsbogen „Junge Familie“

für die Prüfung von Angeboten der Primärprävention zur Umsetzung von  
§ 20 SGB V

An:  
AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.(regionaler FB Gefö)

Antragsteller/Stempel der Einrichtung:

Ich/Wir beantrage/n die Anerkennung des nachfolgend beschriebenen Angebotes als durch die AOK PLUS förderfähige Leistung der Primärprävention im Setting Familie.

**Angebotstitel:** .....

**Ansprechpartner:**.....

Grundlage für die Durchführung des Angebotes ist der "Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der aktuellen Fassung".

Ich bin/Wir sind bereits AOK PLUS-Partner und beantragen ein neues Angebot:

Ich/Wir akzeptiere/n die Bedingungen einer AOK PLUS-Partnerschaft\* und möchte/n AOK PLUS-Partner werden.

Persönliches Beratungsgespräch erwünscht:  ja  nein

**Bitte geben Sie zu den nachstehenden Punkten vollständige Angaben an. Vielen Dank!**

Die folgenden Angaben sind nur von bisher noch nicht geprüften Partnern auszufüllen.

**Einrichtung/Institution:** .....

**Inhaber/Juristischer**

**Vertreter:** .....

**Postleitzahl/Ort:** .....

**Straße/Hausnummer:** .....

**Telefon:** .....

(für den Kundenkontakt)

**E-Mail-Adresse:** .....

(für den Kundenkontakt)

\*Informationen unter [www.aokplus-online.de/plus-partnerschaft](http://www.aokplus-online.de/plus-partnerschaft)

**Bitte beachten Sie bei der Antragstellung die Hinweise in der Information zur Anerkennung von Angeboten in der Lebenswelt „Junge Familie“!**

**Zuordnung des Angebotes:**

Die gesundheitsförderlichen Angebote sollen immer mehrere (mindestens 2) Handlungsfelder nach dem „Leitfaden Prävention“ berücksichtigen.

**Prioritäres Handlungsfeld**

(Bitte kreuzen Sie ein prioritäres Handlungsfeld an)

- Gesundes Bewegungsverhalten**
- Gesunde Ernährung**
- Gesundes Gewicht**
- Familiäre Stressbewältigung**
- Suchtprävention**

**Weitere Handlungsfelder**

(Es sind Mehrfachnennungen möglich)

- Gesundes Bewegungsverhalten**
- Gesunde Ernährung**
- Gesundes Gewicht**
- Familiäre Stressbewältigung**
- Suchtprävention**

**Ziel des Angebotes:**

.....  
.....  
.....

**Nachweis der Wirksamkeit:**

(wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise/Begleitevaluation benennen, ggf. als Anlage einfügen)

.....  
.....  
.....

**Zielgruppe Familie**

Bitte erläutern Sie genauer, wie die Zielgruppe erreicht bzw. wie deren Zugang gewährleistet werden soll.

.....  
.....  
.....

**Altersgruppen der Kinder (Angabe mehrerer Altersgruppen möglich)**

- 0 bis 3 Jahre (Babys, Kleinkindalter)
- 3 bis 6 Jahre (Kindergarten-, Vorschulalter)
- 6 bis 10 Jahre (Grundschulalter)

**Zusatz zum Angebotstitel**

Sie können im Angebotstitel einen Zusatz einfügen, welcher das Angebot/die Altersgruppe der Kinder näher beschreibt, z.B. „Fitte Familie mit Kindern von 4 – 5 Jahre“ oder „Teddys Bewegungskiste - Bewegung im Wasser“

.....

**Sozialer Bezug:**

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

Das Angebot richtet sich speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

ja  nein

**Angaben zum Kursleiter:**

Name, Vorname	Berufsausbildung/Zusatzqualifikation/ Einweisung in das Programm

Qualifikationen (staatlich anerkannte Berufsausbildung und Zusatzqualifikation für das prioritäre Handlungsfeld) bitte in Kopie beilegen! Bitte beachten Sie den Gültigkeitszeitraum der Lizenzen und reichen Sie aktuelle Refreshernachweise mit Stempel Ihrer Einrichtung im Fachbereich Gesundheitsförderung ein.

**Beschreibung Ihrer Kompetenzen für weitere Handlungsfelder:**

(z.B. Ausbildung, Berufserfahrung in der Zielgruppe, zusätzliche Zertifikate, Praktikas)

.....  
.....

**Beschreibung Ihrer sozialpädagogischen Kompetenzen:**

(z.B. Ausbildung, Berufserfahrung in der Zielgruppe, zusätzliche Zertifikate, Praktikas)

.....  
.....

**Angebotsunterlagen (als Anlage):**

Zur Sicherung der vollständigen und zeitnahen Prüfung legen Sie uns bitte das detaillierte Konzept vor mit Angaben zu:

- Aufbau, Stundenübersicht
- Bedarfsanalyse und Partizipation der Teilnehmer
- Inhalten und Methoden
- Wissensvermittlung
- Vernetzung
- Teilnehmerunterlagen
- Qualitätssicherung und Dokumentation

**Veranstaltungsort(e):**

(Anschrift, wenn abweichend vom Antragsteller)

.....  
.....

**Umfang und Dauer des Angebotes:**

Das Angebot umfasst **Einheiten** von jeweils **Minuten Dauer** und ist für jeweils ein Kind plus ... Erziehende konzipiert. Die maximale **Teilnehmerzahl** pro Kursgruppe beträgt **Kinder und Erziehende**.

**Räumliche/materielle Voraussetzungen:**

Bitte kreuzen Sie an, in welchen Räumen Ihr Angebot stattfindet.

<input type="checkbox"/> Seminarraum Größe: Ausstattung:	<input type="checkbox"/> Bewegungsraum Größe: Ausstattung:	<input type="checkbox"/> ..... (z.B. Park) Größe: Ausstattung:
--	--	--

**Besonderer Service:**

- Parkmöglichkeiten  ja    nein
- Kinderbetreuung (z.B. für Geschwisterkinder)  ja    nein
- Sonstiges: .....

**Geplante Kosten:**

Gebühr je Kind, inkl. Erziehende ..... €

**Bestätigung der Angaben:**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, das die angegebenen Daten gespeichert und im Rahmen einer individuellen Gesundheitsberatung durch die AOK PLUS an Versicherte weitergegeben werden können.

ja  nein

Mit einer Veröffentlichung der Daten im Internet bin ich/sind wir einverstanden.

ja  nein

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der obigen Angaben. Falsche Angaben können zum Verlust der Anerkennung führen.

Veränderungen zu den Angaben (z.B. Adresse, Kursleiter, Bankangaben, Veranstaltungsort, Qualifikationen) melde/n ich/wir unverzüglich der AOK PLUS/ Fachbereich Gesundheitsförderung.

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Interne Vermerke AOK PLUS:**

Antrag geprüft am:  ja    nein durch: \_\_\_\_\_

Zulassung  ja    nein durch: \_\_\_\_\_

Datenbank gespeichert am: durch: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_