



10. Hessischer Gesundheitspreis – Bewerbungsformular

Herzlich Willkommen auf dem offiziellen Bewerbungsformular des 10. Hessischen Gesundheitspreises. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und gewissenhaft aus. Die mit Stern * markierten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden. Es besteht die Möglichkeit, das Dokument zwischenspeichern.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Bewerbung!

1. Ihre Kontaktdaten

- a. Einrichtung _____
- b. Name, Vorname* _____
- c. Telefonnummer* _____
- d. E-Mail-Adresse* _____
- e. Straße/Nr. _____
- f. PLZ _____
- g. Ort _____
- h. Homepage _____

2. Projektdaten*

- a. Titel _____
- b. Laufzeit von _____ bis _____ oder unbegrenzt
- c. Umsetzung in Hessen Ja Nein
- d. Wird das Projekt in regelmäßiger Zusammenarbeit/Kooperation mit anderen Einrichtungen durchgeführt?
 Ja Nein
Wenn ja, welche Partner:



3. Projektbeschreibung*

- a. Bitte beschreiben Sie hier kurz das Projekt (max. **1500** Zeichen, inklusive Leerzeichen)



- b. Adressatinnen/Adressaten, Zielgruppe

- c. Projektziele

- d. Ergebnisse (falls vorhanden)



4. Qualitätsentwicklung*

Bitte beschreiben Sie, welche Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung Sie wie in der Projektumsetzung berücksichtigt haben (max. 500 Zeichen, inklusive Leerzeichen). Eine gute Orientierung für Ihre Bewerbung finden Sie unter:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

5. Einverständniserklärung*

Ich bin damit einverstanden, dass die Bewerbungsunterlagen für den Hessischen Gesundheitspreis 2026 und die darin enthaltenden persönlichen Daten an die Kooperationspartnerinnen und -partner und Jurymitglieder, im Rahmen des Bewerbungsverfahrens, übermittelt werden. Bei Einreichung eines vorgeschlagenen Projektes, habe ich die/den Verantwortliche/Verantwortlichen darüber informiert, dass ich ihr/sein Projekt als Vorschlag eingereicht habe und die darin enthaltenden persönlichen Daten an die Kooperationspartnerinnen und -partner und Jurymitglieder, im Rahmen des Bewerbungsverfahrens, übermittelt werden. Ebenso bin ich darauf hingewiesen worden oder habe die/den Verantwortliche/Verantwortlichen darüber informiert und mir die Erlaubnis eingeholt, dass die Daten im Falle des Gewinns veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann jeder Zeit widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung hat zur Folge, dass keine Teilnahme am Hessischen Gesundheitspreis möglich ist.

6. Ausschreibungsbedingungen*

Ich erkenne die Ausschreibungsbedingungen für den Hessischen Gesundheitspreis an. ([Link](#))

7. Kontakt

Bei Fragen zum Bewerbungsverfahren, wenden Sie sich gerne an uns.

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Wildunger Str. 6/ 6a

60487 Frankfurt

Telefon: +49 (0)69 713 76 78-0

E-Mail-Adresse: gesundheitspreis@hage.de

<https://hage.de>