

9 Ich bin Nichtraucher
(mind. 6 Monate)

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Familienversicherter,
Name, Vorname

- Ich habe noch nie geraucht Ich habe noch nie geraucht
- Ich bin Nichtraucher
seit _____ Ich bin Nichtraucher
seit _____

10 Normalgewicht?

Ein normales Körpergewicht ist eine gute Voraussetzung, um gesund zu bleiben. Der Body-Mass-Index (BMI) ist die am häufigsten verwendete Methode zur Bestimmung des (Normal-)Gewichts und zwar nach der Formel Gewicht und Größe. Berechnet wird die Masse, geteilt durch die Größe zum Quadrat. Berechnungsbeispiel:

$$80 \text{ (kg)} : 1,79 \text{ (m)} : 1,79 \text{ (m)} = 24,97 = 25 \text{ (gerundet)}$$

Ein BMI zwischen 18 und 27 gilt als Normalgewicht.

Bitte geben Sie Körpergröße und Gewicht an, wir errechnen Ihren BMI.

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Familienversicherter,
Name, Vorname

Körpergröße:

Gewicht:

Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname des Mitglieds

Straße, PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Familienversicherter

Telefon/E-Mail

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum / Unterschrift des Mitgliedes

Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

Bankverbindung

Geldinstitut: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

Bitte senden Sie mir eine neue Bonuskarte zu.

Ansprechpartner:

Mattias Appel
Telefon: 06201 807570
E-Mail: mappel@bkk-freudenberg.de

Jens Maser
Telefon: 06201 803483
E-Mail: jmaser@bkk-freudenberg.de



Freudenberg

*Wir zeigen Ihnen
den besten Weg*

Telefon: 06201 807570
E-Mail: bkk@bkk-freudenberg.de
Internet: www.bkk-freudenberg.de



Bitte senden Sie die Bonuskarte an:

BKK Freudenberg
Höhnerweg 2-4
69469 Weinheim

Gesund & aktiv**PLUS** Bonus

Mach mit – bleib fit!

*Wir zeigen Ihnen
den besten Weg*

Freudenberg **BKK**



Gesund & aktiv**PLUS**

Mit dem Bonusprogramm leisten Sie einen aktiven Beitrag für Ihre Gesundheit und Fitness.

Durch eine bewusste Lebensweise und regelmäßige Checks beim Arzt genießen Sie nicht nur mehr Wohlbefinden, sondern werden zusätzlich von uns mit **200 Euro pro Bonusjahr** belohnt. Der Bonus erhöht sich auf maximal 250 Euro pro Bonusjahr, wenn mehrere Personen im Familienverbund die Voraussetzungen erfüllen. *Teilnehmen können Versicherte ab 18 Jahre.*

Das Bonusprogramm

Sie haben Anspruch auf einen Bonus, wenn Sie die Punkte 1 bis 3 vollständig *und zusätzlich* mindestens 3 aus den Punkten 4 bis 10 einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen. Haben Sie mehrere Maßnahmen unter Punkt 4 in Anspruch genommen, wird pro Handlungsfeld ein Präventionskurs angerechnet. Personen, welche die Grundvoraussetzungen (z. B. wegen des Alters) nicht erfüllen können, erhalten diese Punkte pauschal anerkannt.

Bitte reichen Sie diese Bonuskarte spätestens bis zum 31. März des Folgejahres ein.

Lassen Sie sich die Bonuspunkte jeweils durch Datum, Stempel und Unterschrift bestätigen (z. B. bei Arztbesuchen). Gültig sind auch entsprechende Quittungen (z. B. Kurs, Datum, Stempel und Unterschrift). Bitte ergänzen Sie diese Bonuskarte mit Ihren persönlichen Angaben.

Viel Erfolg wünscht Ihnen

Ihre **BKK Freudenberg**

Wichtig: Ein Bonusanspruch besteht nur, wenn Sie zum 31.01. des Folgejahres, in dem Sie an dem Gesund & aktiv**PLUS**-Programm teilnehmen, und bis zum Einreichen der Bonuskarte bei uns versichert sind. Der Bonus in Höhe von maximal 250 Euro wird dem Mitglied ausgezahlt. Die gleichzeitige Teilnahme am Gesund & aktiv Programm ist ausgeschlossen.

1 „check up 35“

Gesundheitsuntersuchungen nach Vollendung des 35. Lebensjahres alle 2 Jahre (Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes).

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

2 Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Frauen, ab dem 20. Lebensjahr jährlich einmal gynäkologische Untersuchung.

Männer ab dem 45. Lebensjahr (Prostata, Genitale, Haut).

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

3 Fitness

Der Versicherte betreibt mehr als 6 Monate im Kalenderjahr regelmäßig Sport, qualitätsgesichert im Fitnessstudio.

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Studio

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Studio

4 Präventionskurse

Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und/oder verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln zur primären Prävention in Anspruch. Pro Handlungsfeld kann ein Kurs eingetragen werden.

Art _____ Art _____

Art _____ Art _____

Art _____ Art _____

Art _____ Art _____

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Leistungserbringer

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Leistungserbringer

5 Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Versicherte nimmt im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an einem Gesundheitskurs, einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung oder an einem Hautscreening teil.

Art _____

Mitglied/Datum/Stempel
Unterschrift Werksarzt

6 Zahnvorsorge

Der Versicherte nimmt zur Gesunderhaltung der Zähne kalenderjährlich einmal die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Dies gilt auch für Teil- und Vollprothesenträger.

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

7 Sportabzeichen

Der Versicherte erwirbt das Deutsche Sportabzeichen, ein Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes oder ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer.

Art _____ Art _____

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel/Unterschrift

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel/Unterschrift

8 Impfen nützt – impfen schützt

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus oder Polio wird nachgewiesen

Mitglied/Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

Familienversicherter,
Name, Vorname

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis