NACHWEISBOGEN

BONUSPROGRAMM FIT4HEALTH 2024 Freudenberg BKK



Teilnehmer			
Name		Vorname	
Geburtsdatum Kranke	enversichertennummer	Rufnummer*	
Bankverbindung		Ich bestätige die Richtigke	it der Angaben
Geldinstitut			
IBAN		Datum, Unterschrift	
Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): Die persönlichen Daten (Soz * freiwillige Angabe für eventuelle Rückfragen	ialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu e	rfüllen. Grundlage hierfür ist § 284 SGB V. Freiwillige Angaben könne	n Sie jederzeit widerrufen
Ärztlich empfohlene Bitte lassen Sie sich die im Mehrfach-Impfung Tetanus und Diphtherie	e Schutzimpfungen Kalenderjahr 2024 erfolgten Keuchhusten (Pertussis)	Impfungen bestätigen. Masern	Pneumokokken
retanus una Diprimerie	(Pertussis)	Waserii	Hedmorokken
Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis
Gürtelrose	Gürtelrose	Grippe	Corona
(Herpes Zoster)	(Herpes Zoster)	(Influenza)	Corona
Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis
FSME	FSME	FSME	Weitere
Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

BONUSPROGRAMM FIT4HEALTH 2024



Teilnehmer Name Vomame Krankenversichertennummer

Gesundheitsuntersuchungen gemäß den Richtlinien des G-BA

Bitte lassen Sie sich die im Kalenderjahr 2024 durchgeführten Maßnahmen bestätigen.

Gesundheits-Check-up (alle 3 Jahre) ab 35 Jahre	Hautkrebs-Screening (alle 2 Jahre) ab 35 Jahre	Darmkrebsfrüherken- nungs-Untersuchung ab 50 Jahre
Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum/Unterschrift und Stempel Arztpraxis
Mammographie- Screening (Frauen / alle 2 Jahre) 50 - 69 Jahren	Krebsfrüherkennung (Männer / jährlich) ab 45 Jahre	Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen (Männer / einmalig) ab 65 Jahre
Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Datum/Unterschrift und Stempel Arztpraxis
	(alle 3 Jahre) ab 35 Jahre Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis Mammographie- Screening (Frauen / alle 2 Jahre) 50 - 69 Jahren	(alle 2 Jahre) ab 35 Jahre Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis Mammographie- Screening (Frauen / alle 2 Jahre) 50 - 69 Jahren (alle 2 Jahre) ab 35 Jahre Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis Krebsfrüherkennung (Männer / jährlich) ab 45 Jahre

Die aktuell gültigen Teilnahmebedingungen sind auf der Homepage unter **www.bkk-freudenberg.de/bonus** ersichtlich. Fotografieren Sie die einzelnen Seiten des Bonusbogens und laden Sie diese bequem in der BKK Service-App hoch.

Oder Sie schicken uns den Bogen per E-Mail an bonus@bkk-freudenberg.de.

Bitte bewahren Sie den Originalbeleg für eventuelle Rückfragen mindestens zwei Jahre auf.