Zahnvorsorge

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Zahnarztes: _____

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Unterschrift (Teilnehmer)

☐ Professionelle Zahnreinigung

☐ Zahnkontrolle

Hier vom Zahnarzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J

Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Krebsvorsorge

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Art der Untersuchung:

☐ Hautkrebs ☐ Prostatakrebs ☐ Mammographie-Screening

☐ Darmkrebs ☐ Brustkrebs ☐ Genital- / Gebärmutterhalskrebs

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J

Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

- Der Nachweis von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen beim Arzt oder Zahnarzt erfolgt mit diesem Ticket oder einer Bescheinigung.
- Reichen Sie bitte alle Tickets innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Maßnahme ein. Es gilt der Posteingangsstempel.
- Maßnahmen, die Sie vor der Anmeldung zum Bonusprogramm absolviert haben, können nur dann berücksichtigt werden, wenn sie nicht länger als sechs Monate zurückliegen und während der Mitgliedschaft bei der SECURVITA Krankenkasse absolviert wurden.
- Der Bonus für Vorsorgemaßnahmen wird gemäß den Bestimmungen der Satzung der SECURVITA Krankenkasse ausgezahlt.

Vorsorgeuntersuchungen und deren Turnus :

	Alter	Intervall
Hautkrebs (Satzung oder gesetzlich)	ab 0	alle 2 Jahre
Zahnkontrolle	ab 18	jährlich
Check-up	ab 18	alle 3 Jahre
Genitalkrebs/Gebärmutterhalskrebs	20 - 34	jährlich
Genitalkrebs	ab 35	jährlich*
Gebärmutterhalskrebs	ab 35	alle 3 Jahre*
Brustkrebs	ab 30	jährlich
Prostatakrebs	ab 45	jährlich
Darmkrebs als Satzungsleistung	ab 45	einmalig
Mammographie-Screening	50 - 70	alle 2 Jahre
Darmkrebs	50 - 54	jährlich
Darmkrebs	ab 55	alle 2 Jahre
Sportmedizinische Untersuchung	ab 18	alle 2 Jahre

* Es wird nur eine Untersuchung (Gebärmutterhalskrebs oder Genitalkrebs) je Kalenderjahr berücksichtigt.

Datenschutzhinweis:
Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind zur Durchführung des Bonusprogramms erforderlich und erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen der DSGVO (Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. § 284 Abs. 1 S. 1 SGB V und §§ 65a SGB V und 67b Abs. 2 SGB X. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.healthmiles.de in der Rubrik Impressum/Datenschutz.

Impfung

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Impfung gegen: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

☐ Laut Impfempfehlung (STIKO)

☐ Reiseschutzimpfung

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Check-up

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Arztes: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Meine Maßnahme/Präventiv

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Art der Untersuchung: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Meine Maßnahme/Präventiv

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Art der Untersuchung: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

_____
Bankinstitut / BIC

_____
Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Meine Maßnahme/Präventiv

healthmiles

Bitte vollständig ausfüllen!

Art der Untersuchung: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

_____
Bankinstitut / BIC

_____
Unterschrift (Teilnehmer)

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv