

Bonusjahr: 

2	0		
---	---	--	--

Name:

Geburtsdatum:                    KVNR:

Bitte überweisen Sie auf die Ihnen bekannte IBAN

Bitte überweisen Sie den Betrag an folgende IBAN

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**BONUSREGELN**

1. Nur Bonusmaßnahmen für das betreffende Bonusjahr eintragen!
2. Bonusbogen bis 31. März des Folgejahres einreichen!
3. Das Bonusjahr ist nach dem Versand abgeschlossen!

Check-up (einmalig 18 - 34; alle 3 Jahre ab 35)									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Chlamydien-Screening bis zum 25. Geburtstag									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Hautkrebs-Screening									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Krebsfrüherkennung									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Zahnuntersuchung									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Darmkrebsvorsorge (Darmspiegelung)									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Darmkrebsvorsorge (Stuhltest auf okkultes Blut)									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									

Mammographie-Screening									
Datum	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<hr/> Stempel und Unterschrift									



FSME - vollständiger Impfschutz	
erreicht am Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Corona-Schutzimpfung	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Schutzimpfung - sonstige	
Datum	____
_____ Impfung gegen	
<hr/> Stempel und Unterschrift	

FSME - Auffrischung	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

RSV-Schutzimpfung	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Aktives Mitglied Sportverein/Fitnessstudio	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Herpes zoster - vollständiger Impfschutz	
erreicht am Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Jugendgesundheitsuntersuchung J2	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Sportabzeichen	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Gripeschutzimpfung	
Datum	____
<hr/> Stempel und Unterschrift	

Schutzimpfung - sonstige	
Datum	____
_____ Impfung gegen	
<hr/> Stempel und Unterschrift	

**Hinweis zu den Impfungen:**

Impfungen werden erst bonifiziert, sobald die **letzte Impfdosis** verabreicht wurde und damit die Grundimmunisierung (der vollständige Impfschutz) hergestellt wurde.