

VORSORGE

Die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen dienen der Früherkennung von Krankheiten.

0 bis < 16 Jahre	Schutzimpfungen: Impfstatus (jährlich)
bis 12. Monat	U1 bis U6
bis 24. Monat	U7
bis 36. Monat	U7a
bis 48. Monat	U8
bis 64. Monat	U9 Nachweis: Kinderuntersuchungsheft
bis 14 Jahre	J1 Jugenduntersuchung
6. Monat bis	
< 16 Jahre	Zähne: Prophylaxeuntersuchung

DATENSCHUTZ

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob Sie Anspruch auf einen Bonus haben (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden nur zum Zweck des Nachweises der Teilnahme verarbeitet. Die Angaben sind freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen. Insbesondere verweisen wir auf: das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X), das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X), das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X), das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X). Ohne die Angaben kann eine Überweisung von Prämien nicht vorgenommen werden (§§ 67a,b SGB X). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

BONUS MEHR BONUS. MEHR AUSWAHL.

Die TOP-Bonusoptionen der IKK Nord.

60 Euro Gesundheitsprämie

200 Euro Baby-Bonus

(Nachweis: Mutter - Früherkennungsuntersuchungen aus dem Mutterpass; Kind - Kinderuntersuchungen sowie Schutzimpfungen für das erste Lebensjahr)

.....
Datum/Unterschrift Teilnehmer

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Sämtliche Früherkennungsuntersuchungen
aus dem Mutterpass wurden in Anspruch genommen.

.....
Stempel und Unterschrift der Praxis

Es gilt die Satzung der IKK Nord.

BONUSHEFT

KINDER & JUGENDLICHE

.....
Vorname

.....
Name

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ, Wohnort

.....
Versichertennummer

.....
Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

.....
Kontoinhaber

.....
IBAN

.....
BIC

Stand 01.01.2020

ab 0

SCHUTZIMPFUNGEN

Der Impfstatus gemäß Empfehlung
der Schutzimpfungsrichtlinie ist aktuell.
(jährlicher Nachweis)

.....
Datum/Stempel und Unterschrift der Praxis

bis 14

J1 JUGENDUNTERSUCHUNG

.....
Datum der Untersuchung/Stempel und Unterschrift der Praxis

ab 6. MONAT

ZAHNVORSORGE

Die Vorsorge gemäß der Richtlinie über die
Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und
Kieferkrankheiten wurde durchgeführt.

.....
Datum der Untersuchung

.....
Stempel und Unterschrift der Praxis

ab 6

ZAHNVORSORGE

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie)
oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen.
(halbjährlicher Nachweis im Kalenderjahr)

.....
Datum der Untersuchung

.....
Datum der Untersuchung

.....
Stempel und Unterschrift der Praxis

Liebe Bonusprogramm-Teilnehmer,

mit diesem Heft startet Ihr persönliches
IKK-Nord-Bonusprogramm für Ihre Gesundheit.

Nehmen Sie Ihr Bonusheft zu jeder Vorsorge-
untersuchung und Schutzimpfung mit und
lassen Sie diese von Ihrem Arzt bestätigen.
Sie behalten so stets den Überblick, welche
Termine Sie bereits wahrgenommen haben
und was Sie noch tun müssen oder können.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, prüfen
wir den erreichten Bonus und belohnen Ihre
Eigeninitiative bei der Gesundheitsvorsorge.

Mitmachen lohnt sich also doppelt.

