

Liebe Bonusprogramm-Teilnehmerin,

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

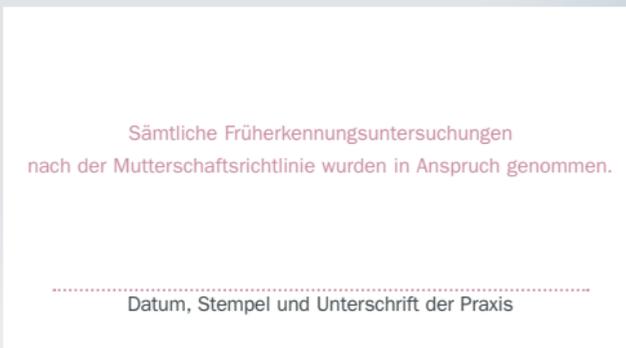
Nehmen Sie Ihr Bonusheft zu jeder Vorsorgeuntersuchung mit und lassen Sie diese von Ihrem Arzt bestätigen. Sie behalten so stets den Überblick, welche Termine Sie bereits wahrgenommen haben und was Sie noch tun müssen oder können.

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

Mitmachen lohnt sich also doppelt.



FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN



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.

www.die-ikk.de/datenschutz

BONUSHEFT

FRAUEN

.....
Vorname

.....
Name

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ, Wohnort

.....
Versichertennummer

.....
Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

.....
IBAN

.....
BIC

Stand 15.05.2021 • Es gilt die Satzung der IKK - Die Innovationskasse.

VORSORGE

ab **16 Jahre** **Zähne:** Prophylaxeuntersuchung (halbjährlicher Nachweis im Kalenderjahr)

ab **18 Jahre** **Zähne:** Prophylaxeuntersuchung (jährlicher Nachweis im Kalenderjahr)

Gesundheitsvorsorge:

ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (einmalig)

ab **20 Jahre** **Krebsvorsorge:**

Geschlechtsorgane (jährlich)

Klinische Untersuchung (jährlich)

Pap-Abstrich (jährlich)

ab **30 Jahre** **Krebsvorsorge:** Brust (jährlich)

ab **35 Jahre** **Krebsvorsorge:** Haut (alle 2 Jahre)
Pap-Abstrich und HPV-Test (alle 3 Jahre)

Gesundheitsvorsorge:

ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (alle 3 Jahre)

ab **50 Jahre** **Krebsvorsorge:**

Darm, okkultes Blut im Stuhl (jährlich)

Mammographie:

(alle 2 Jahre, bis zum vollendeten 70. Lebensjahr)

ab **55 Jahre** **Krebsvorsorge:** Darm, okkultes Blut im Stuhl (alle 2 Jahre oder Koloskopie im Abstand von 10 Jahren)

ab **20** KREBSVORSORGE GESCHLECHTSORGANE
ab **30** ZUSÄTZLICH KREBSVORSORGE BRUST

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

ab **18** GESUNDHEITSVORSORGE (EINMALIG)
ab **35** GESUNDHEITSVORSORGE (ALLE 3 JAHRE)

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

ab **35** KREBSVORSORGE HAUT

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

ab **50** KREBSVORSORGE DARM
ab **50** MAMMOGRAPHIE

okkultes Blut

Koloskopie

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

Mammographie

.....
Datum der Untersuchung, Stempel und Unterschrift
der Screeningstelle

ab **16** ZAHNVORSORGE HALBJÄHRLICH

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

ab **18** ZAHNVORSORGE JÄHRLICH

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

.....
Datum der Untersuchung

.....
Stempel und Unterschrift der Praxis