Antrag auf Erstattung zusätzlicher Leistungen der medizinischen Vorsorge

BKK WIRTSCHAFT UND FINANZEN

nach § 12 Abs. 8 Nr. 8 der Satzung der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN

Bitte zurück an:

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
Zentrale
Bahnhofstraße 19
34212 Melsungen

Persönliche Angaben

Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherungsnummer
Straße/Hausnummer	Telefonnummer (tagsüber)*
PLZ/Ort	Handynummer*

Ich beantrage die Erstattung von maximal 50 Euro für ärztlich verordnete Vorsorgemaßnahmen aufgrund zusätzlicher Risikofaktoren:

- ☐ Glaukom-Vorsorge
- ☐ Hautkrebsvorsorge
- ☐ Ultraschalluntersuchung der Brust
- ☐ Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung vor Vollendung des 50. Lebensjahres oder medizinische Tastuntersuchung (z. B. Discovering Hands)
- ☐ Gesundheitsuntersuchung vor Vollendung des 35. Lebensjahres
- ☐ Knochendichtemessung bei ärztlich begründetem Verdacht auf Osteoporose ab Vollendung des 55. Lebensjahres
- ☐ Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest, Darmspiegelung)

Die Rechnung/en ist/sind beigefügt.
Ich bestätige, im Kalenderjahr der Zusatzleistung keine Regelleistung in Anspruch genommen zu haben oder noch in Anspruch zu nehmen.

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

IBAN	BIC (Swift-Code)
Name des Geldinstituts	Kontoinhaber*in

Mir ist bewusst, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN nur Leistungen aus dem Jahr 2026 erstattet, die bis spätestens 31. März 2027 eingereicht und beantragt werden.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Erstattung von Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Erstattung nicht geprüft und durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.
Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Unterschrift

Ort/Datum	✘ Unterschrift des Versicherten

Vom Arzt auszufüllen

Das Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren wird bestätigt.
Bei Leistungen der Hautkrebsvorsorge oder einer Knochendichtemessung: im Kalenderjahr der Zusatzleistung wurde keine gleichwertige Leistung der Regelversorgung in Anspruch genommen.

Ort/Datum	✘ Arztstempel/Unterschrift