

# Antrag auf Erstattung zusätzlicher Leistungen der medizinischen Vorsorge

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 beigelegt.

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 2024 erstattet, die bis spätestens 31. März 2025 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](http://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 Regelleistung in Anspruch genommen.

Ort/Datum	 Arztstempel/Unterschrift
-----------	--