

Name	Vorname	Krankenversicherungsnummer
------	---------	----------------------------

## Überweisungen bitte auf folgendes Konto

IBAN	Kreditinstitut
------	----------------

Datum	Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt die gesetzlich vertretende Person)
-------	--

Vorname, Name

### Zahnvorsorge

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

### Sportverein

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

### Krebsvorsorge

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

### Impfungen (vollständige Immunisierung gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission)

Maßnahme

Nächste Auffrischimpfung im Jahr:

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Vorname, Name

Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

**Wichtig:** Für viele Gesundheitsmaßnahmen genügen auch separate Nachweise, die eine erfolgreiche Teilnahme bestätigen. **Hauptsache, diese sind von der Arztpraxis oder Kursleitung unterschrieben worden.**

**Sie haben noch Fragen?**  
Wir beraten Sie gern unter **0800 00 00 255** (kostenfrei).  
**Wir sind 24 Stunden an 365 Tagen für Sie da.**