

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

**AOK-Gesundheitskonto – Erstattung von Kosten für zusätzliche Gesundheitsleistungen**

**Angaben des Versicherten/Leistungsempfängers:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Krankenversichertennummer:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich habe folgende Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen:

**Art der Gesundheitsleistung**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Rechnungsdatum**

Tag      Monat      Jahr

**Rechnungsbetrag**

Euro      Cent

<input type="checkbox"/>	Gesundheits-/Präventionskurse Die Teilnahmebescheinigung ist beigefügt.														
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Babyschwimmen Baby im Alter von 3-18 Monaten														
--------------------------	-------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	eHealth-Angebot/digitaler Sportkurs Die regelmäßige Nutzung bestätige ich mit meiner Unterschrift.														
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Hebammenrufbereitschaft														
--------------------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Krankenversichertennummer des Kindes:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Homöopathische Arzneimittel Die ärztliche Verordnung ist beigefügt.														
--------------------------	------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Aktive Mitgliedschaft im Sportverein Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre														
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Partnerbegleitung Geburtsvorbereitungskurs														
--------------------------	--------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Krankenversichertennummer der schwangeren Partnerin:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Regelmäßige Nutzung von Quantified-Self-Hardware/ Messgeräten zur Bewegungsintensität														
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Sportzahnschutzschiene														
--------------------------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Rechnungen oder Zahlungsnachweise habe ich beigefügt.**

Bitte überweisen Sie die für die Gesundheitsleistungen vorgesehenen Beträge auf folgendes Girokonto:

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_\_\_\_

Das Konto soll  bis auf Widerruf  einmalig genutzt werden.

Ich bin nicht Inhaber/-in des angegebenen Girokontos; Kontoinhaber/-in ist:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichende/-r Kontoinhaber/-in

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kostenerstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen aus dem AOK-Gesundheitskontos nach § 11 Abs. 6 und § 65a Abs. 1 SGB V sowie § 30 SGB IX. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon (Angabe freiwillig)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten und ggf. abweichenden Kontoinhabers (ggf. des Betreuers/Erziehungsberechtigten)