

# AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

## Sportmedizinische Untersuchung – Erstattung von Kosten zusätzlicher Gesundheitsleistung

### Angaben des Versicherten/Leistungsempfängers:

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

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

Krankenversicherernummer: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen:

#### Art der Sportmedizinischen Untersuchung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Basischeck

#### Rechnungsdatum

Tag      Monat      Jahr

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

#### Rechnungsbetrag

Euro      Cent

\_\_\_\_ | \_\_\_\_

Folgende Untersuchungsbestandteile müssen durchgeführt werden:

Untersuchung Ganzkörperstatus

Ruhe-EKG

Belastungs-EKG

Lungenfunktionstest

Auswertung und Beratung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leistungscheck

Tag      Monat      Jahr

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Euro      Cent

\_\_\_\_ | \_\_\_\_

Folgende Untersuchungsbestandteile müssen durchgeführt werden:

Untersuchung Ganzkörperstatus

Belastungs-EKG

Laktatbestimmungen

Muskelfunktionstests

Auswertung und Beratung

**Die Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen habe ich beigelegt.**

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

<b>Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige)</b> <input type="checkbox"/> Wie oben <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
<b>Straße und Hausnummer</b> (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
<b>Postleitzahl und Ort</b> (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
<b>IBAN</b> (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !
<b>BIC*</b> (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	<b>Kreditinstitut</b>

\* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift **Zahlungsempfänger**, ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder Bevollmächtigter

Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 19 i der Satzung zum Zwecke der Erstattung von Kosten zusätzlicher Gesundheitsleistungen erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Angabe der Telefonnummer für eventuelle Rückfragen ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).