



# Bonus-Coupon der AOK Bayern

## Vorsorge

### AOK-Bonusprogramm

Impfung gemäß STIKO gegen:

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

### AOK-Bonusprogramm

Impfung gemäß STIKO gegen:

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

### AOK-Bonusprogramm

Kinderuntersuchung J1

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

### AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U1

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

### AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U2

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

### AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U3

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

# Vorsorge

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U4

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U5

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U6

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U7

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U7a

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U8

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U9

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U10

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

# Vorsorge

## AOK-Bonusprogramm

Kindervorsorge U11

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Zahnvorsorge 0-5 Jahre

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Zahnvorsorge 1. Halbjahr

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

250 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

## AOK-Bonusprogramm

Zahnvorsorge 2. Halbjahr

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

250 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Praxis

# Sport und Bewegung

## AOK-Bonusprogramm

Mitgliedschaft im Sportverein

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

1.000 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

## AOK-Bonusprogramm

Sportabzeichen

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

## AOK-Bonusprogramm

Sportveranstaltung

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

# Engagement

## AOK-Bonusprogramm

Erste-Hilfe-Kurs

T T M M J J J J

Datum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer

| | | | | | | | | |

Name, Vorname

500 Punkte

Datum/Stempel/Unterschrift der Organisation