AOK Bayern
Die Gesundheitskasse

Mein Ultraschall der Eierstöcke und der Gebärmutter von 25 bis 54 Jahren

Meine persönlichen Angaben

- Ich bin geboren am
- Meine Anschrift ist
- Meine KV-Nummer ist
- Meine Telefonnummer ist _____
- Meine Bankverbindung für die Erstattung ist *

IBAN

Name der Bank

Meine Merkmale für die Frauenvorsorge *

Ich weise mindestens eines der folgenden Merkmale auf, die ein erhöhtes Risiko für Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs darstellen:

☐ Ich habe **entfernte Tumore oder Zysten an den Eierstöcken.**

☐ Ich habe **entfernte Myome an der Gebärmutter.**

☐ Ich habe einen **Pap II bis IV Befund.**

☐ In meiner Familie ist im **1. oder 2. Verwandtschaftsgrad Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs** aufgetreten. Dazu gehören Eltern, Kinder, Großeltern und Geschwister.

Bestätigung meiner Angaben *

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die von mir gemachten Angaben

Datum

Unterschrift antragstellende Person oder betreuende/bevollmächtigte Person

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §11 Abs. 6 SGB V, zum Zwecke der Beurteilung Ihres Antrags auf Leistungen nach §10b Abs. 1 der Satzung verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach §60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z.B. IT-Dienstleister) sein. Die nicht mit „*“ gekenn-zeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter www.aok.de/bayern/datenschutzerklärung sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.