

AOK-Vital+ - Scheckbogen für Kinder und Jugendliche

Vorname Name des Elternteils

Versichertennummer des Elternteils



| Art der Maßnahme | | Name des Kindes Datum der Durchführung | Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers |
|----------------------------|--------------------|---|--|
| Kinder- und Jugendvorsorge | Kindervorsorge U1 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U2 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U3 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U4 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U5 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U6 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U7 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U7a | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U8 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U9 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |

| Art der Maßnahme | | Name des Kindes Datum der Durchführung | Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers |
|----------------------------|---|---|--|
| Kinder- und Jugendvorsorge | Kindervorsorge U10 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Kindervorsorge U11 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Jugendvorsorge J1 | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | | | |
| Spezielle Untersuchungen | Pulsoxymetrie-Screening | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Erweitertes Neugeborenen-Screening | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Screening auf Mukoviszidose | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Neugeborenen-Hörscreening | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |

AOK-Vital+ – Scheckbogen für Kinder und Jugendliche

Vorname Name des Elternteils

Versichertennummer des Elternteils



| | Art der Maßnahme | Name des Kindes Datum der Durchführung | Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers |
|--|---|--|--|
| Vorsorge | Schutzimpfungen Schutzimpfungen werden bei vollständiger Immunisierung anerkannt. Art der Impfung: _____ Art der Impfung: _____ | _____ Vorname Name _____ Datum _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR 20 EUR |
| | Zahnreinigung (PZR) Einmal pro Kalenderjahr anrechenbar. | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Zahnvorsorge Jede Früherkennungsuntersuchung anrechenbar. | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Jede Individualprophylaxe ab dem 6. Lebensjahr anrechenbar. | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Zahnversiegelung Fissuren Versiegelung einmal pro Kalenderjahr anrechenbar (bis 18 Jahre). | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Fitness und Bewegung | Fitnessstudio Einmal pro Kalenderjahr ab 15 Jahren anrechenbar. | _____ Vorname Name _____ Datum |
| Sport-AG Einmal pro Kalenderjahr bis 18 Jahren anrechenbar. | | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| Sportabzeichen/Fitnessstest Einmal pro Kalenderjahr anrechenbar. | | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |

| | Art der Maßnahme | Name des Kindes Datum der Durchführung | Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers |
|------------------------|--|---|--|
| Gesundheit Plus | Sportverein Einmal pro Kalenderjahr anrechenbar. | _____ Vorname Name _____ Datum | 20 EUR |
| | Präventionskurs Zweimal pro Kalenderjahr anrechenbar. 1. Präventionskurs 2. Präventionskurs | _____ Vorname Name 1. _____ Datum | 20 EUR |
| | | _____ Vorname Name 2. _____ Datum | 20 EUR |
| | Sonderaktionen der AOK Viermal pro Kalenderjahr anrechenbar, wenn die Veranstaltungen einen Gesundheitsbezug haben und innerhalb eines Kalenderjahres mindestens vier gleiche oder unterschiedliche Sonderaktionen in Anspruch genommen werden. Eine Teilnahmebestätigung wird als Nachweis anerkannt. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ | _____ Vorname Name _____ Datum _____ Datum _____ Datum _____ Datum | 20 EUR 20 EUR 20 EUR |