

# AOK-Bonusprogramm

Lassen Sie sich bitte die einzelnen Aktivitäten bestätigen und reichen Sie die ausgefüllten Bögen dann bei uns ein. Nutzen Sie dafür ganz bequem den Foto-Upload in der „Meine AOK“-App.



Vorsorge



Impfung









Sport & Bewegung



Gesundheit

Vorname	Nachname	Versichertennummer
---------	----------	--------------------

<b>Zahnvorsorge: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>Hautkrebsvorsorge: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Alle 2 Jahre</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>Krebsvorsorge: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich für Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>
<b>Check-up: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Einmalig zwischen 18 und 34 Jahren, ab 35 Jahren alle 3 Jahre</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>Darmkrebsvorsorge: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Ab 50 Jahren Stuhltest, der alle 2 Jahre durchgeführt wird, oder 2-mal Darmspiegelung im Abstand von 10 Jahren</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>J2: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Einmalig zwischen 16 und 17 Jahren</b> Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>

## Steuerliche Berücksichtigung










Eingelöste Boni aus dem AOK-Bonusprogramm werden steuerlich berücksichtigt. Weitere Infos finden Sie unter [aok.de/nw](http://aok.de/nw).

## Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V und § 10 d der Satzung der AOK NordWest erhoben und verarbeitet, damit wir das AOK-Bonusprogramm durchführen können. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung können Sie am AOK-Bonusprogramm nicht teilnehmen. Empfangende Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/nw/datenschutzrechte](http://aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest. Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

# AOK-Bonusprogramm

Vorname	Nachname	Versichertennummer
---------	----------	--------------------

<b>Sportverein, Hochschul- oder Betriebssport: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich, wenn mindestens 2-mal pro Monat trainiert wurde</b></p> <p>Durchgeführt von bis:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Sportstätte</p>	<b>Fitness-Studio: 50 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich, wenn mindestens 2-mal pro Monat trainiert wurde</b></p> <p>Durchgeführt von bis:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Sportstätte</p>	<b>1. Gesundheitskurs: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Mindestens 3/4 der angesetzten Termine wurden wahrgenommen</b></p> <p>Durchgeführt von bis:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift des Anbieters</p>
<b>2. Gesundheitskurs: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Mindestens 3/4 der angesetzten Termine wurden wahrgenommen</b></p> <p>Durchgeführt von bis:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift des Anbieters</p>	<b>Beratung durch AOK-Experten/-Expertinnen: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich</b></p> <p>Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der AOK</p>	<b>Sportmedizinische Untersuchung: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Ab 18 Jahren 1-mal jährlich</b></p> <p>Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der sportmedizinischen Praxis</p>
<b>DMP (AOK-Curaplan): 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich, wenn alle erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsbegleitenden Aktivitäten wahrgenommen wurden</b></p> <p>Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>Chlamydien-Screening: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>1-mal jährlich für Mädchen und junge Frauen bis 25 Jahre</b></p> <p>Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>	<b>Untersuchung Bauchaaorten-Aneurysma: 10 Euro</b>  <p>Vorname: Nachname:</p> <p><b>Einmalig für Männer ab 65 Jahren</b></p> <p>Durchgeführt am:</p> <p>Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis</p>