

Sehr geehrte Versicherte,  
sehr geehrter Versicherter,

viele unserer Versicherten leben nicht nur gesund, sondern sie nutzen auch die umfangreichen Angebote des BKK SBH-Präventionsprogramms: Von den Gesundheitsuntersuchungen über Schutzimpfungen bis hin zu ausgewählten qualitätsgesicherten Gesundheitskursen. Vielleicht gehören Sie sogar zu jenen Menschen, die sich oft bewegen oder regelmäßig Sport treiben? Ihre BKK SBH will diese Aktivitäten für mehr Gesundheit verstärkt fördern und belohnen!

## Das BKK SBH-Bonusprogramm

Für jedes Mitglied gilt ein eigenes Bonusheft (einschl. mitversicherte(r) Ehegatte/Kinder). Verpflichtend ist mindestens eines der blau unterlegten Programme (Nr. 1 bis 4). Der Bonus von 20 € wird gewährt, wenn mindestens eine Voraussetzung erfüllt wird, es kann nur eine einzige Voraussetzung angerechnet werden. Die Kinderuntersuchungen werden bei demjenigen Mitglied berücksichtigt, bei dem sie mitversichert sind.

Maßgebend ist das Kalenderjahr. Sie erhalten eine einmalige Prämie gutgeschrieben, wenn Sie bis zum 30. Juni des folgenden Jahres die Teilnahme vollständig nachweisen:

Mitglied	mitvers. Ehegatte	mitvers. Kind(er)
20 €	20 €	20 €

Dieser Bonus erhöht sich um

+ 20 €	+ 20 €	—	
= 40 €	= 40 €	= 20 €	= max. 100 €

wenn aus den Punkten 5 bis 9 mindestens zwei weitere Voraussetzungen nachgewiesen werden.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Voraussetzungen bei der BKK SBH erhöht sich der Gesamtbonus jährlich um 20 € auf max. 150 € je Mitglied (einschl. der mitversicherten Angehörigen).

Lassen Sie sich die Teilnahme durch Datum, Stempel und Unterschrift bestätigen (z. B. bei Arztbesuchen noch im selben Quartal oder Teilnahme Gesundheitskurs, Sportverein). Gültig sind auch entsprechende Quittungen. Bitte ergänzen Sie dieses Bonusheft um Ihre persönlichen Angaben (einschl. „BMI“) und reichen Sie dieses zur Erstattung ein.



## Das BKK SBH-Bonusprogramm

### 1 „check-up 35“

Gesundheitsuntersuchung nach Vollendung des 35. Lebensjahres alle 2 Jahre (Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenerkrankheiten, Stoffwechselstörungen) einschl. Hautkrebs-screening.

Mitglied	Ehegatte
Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

### 2 Krebsfrüherkennung für Frauen

Ab 20. Geburtstag jährlich einmal gynäkologische Untersuchung, ab 30 zusätzlich Brust, ab 50 Dickdarm-/Stuhluntersuchung (ab 55 Darmspiegelung alle 10 Jahre oder Stuhluntersuchung alle 2 Jahre).

Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

### 2 Krebsfrüherkennung für Männer

Beginnend ab 45. Geburtstag jährlich einmal (Prostata, Genitale), ab 50 Dickdarm-/Stuhluntersuchung (ab 55 Darmspiegelung alle 10 Jahre oder Stuhluntersuchung alle 2 Jahre).

Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

### 3 Kinderuntersuchungen (U1 bis U9, J1)

Die Untersuchungen beginnen unmittelbar nach der Geburt und reichen bis zum 6. Lebensjahr (J1 im 13.–14. Lebensjahr). Kinderuntersuchungsheft/Impfpass mitnehmen. Es wurden alle Untersuchungen im Laufe eines Kalenderjahres durchgeführt.

Kind _____	Kind _____
Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift
Kind _____	Kind _____
Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

### 3 Zahngesundheitsuntersuchungen für Kinder

Es sind drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen: die erste grundsätzlich im 3. Lebensjahr, die 2. und 3. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (Abstand mindestens zwölf Monate). Es wurden die entsprechenden Zahngesundheitsuntersuchungen durchgeführt.

Kind _____	Kind _____
Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Zahnarztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Zahnarztpraxis, Unterschrift
Kind _____	Kind _____
Untersuchungsdatum	Untersuchungsdatum
Datum, Stempel der Zahnarztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Zahnarztpraxis, Unterschrift

#### 4 Impfen nützt – impfen schützt

Die empfohlenen Impfungen, die von der BKK bezahlt werden, wurden vollständig durchgeführt; Impfschutz gegen Tetanus und Diphtherie liegt vor.

Mitglied	Ehegatte
Impfdatum	Impfdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

  

Kind _____	Kind _____
Impfdatum	Impfdatum
Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift	Datum, Stempel der Arztpraxis, Unterschrift

#### 5 Fit und gesund

Der Versicherte treibt nachweislich regelmäßig Sport in einem Fitness-Center oder einem Sportverein.

Mitglied	Ehegatte
Fitness-Center/Sportverein	Fitness-Center/Sportverein
Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift

#### 6 Sportabzeichen

Der Versicherte hat im Kalenderjahr das Sportabzeichen abgelegt.

Mitglied	Ehegatte
Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift

#### 7 Blutspende

Der Versicherte hat Blut/Blutplasma gespendet.

Mitglied	Ehegatte
Datum, Stempel, Unterschrift des Blutspendedienstes	Datum, Stempel, Unterschrift des Blutspendedienstes

#### 8 Präventionskurse

Versicherte nehmen an qualitätsgesicherten Präventionskursen teil (z. B. Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, Genuss- und Suchtmittelkonsum und Bewegungsgewohnheiten), die von der BKK SBH veranstaltet oder bezuschusst werden.

Mitglied	Ehegatte
Art _____	Art _____
Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift

#### 9 Normalgewicht?

Ein normales Körpergewicht ist eine gute Voraussetzung, um gesund zu bleiben. Der Body-Mass-Index (BMI) ist die am häufigsten verwendete Methode zur Bestimmung des (Normal-)Gewichts und zwar nach der Formel Gewicht und Größe. Berechnungsbeispiel:

$$80 \text{ (kg)} : 1,79 \text{ (m)} : 1,79 \text{ (m)} = 24,97 = 25 \text{ (gerundet)}$$

Ein BMI zwischen 18 und 27 gilt als Normalgewicht, es erhöht Ihren Bonus und ist günstig für Ihre Gesundheit.

#### Der „BMI“ beträgt

Mitglied = \_\_\_\_ BMI

Ehegatte = \_\_\_\_ BMI

Wenn Sie Körpergröße (m) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
und Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

angeben, berechnen wir Ihren BMI.

### Meine persönlichen Angaben

Dieses Bonusheft gilt für:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer / Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Mitversicherter Ehegatte / Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Familienversichertes Kind / Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Familienversichertes Kind / Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Familienversichertes Kind / Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Familienversichertes Kind / Versichertennummer

*Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:*

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Mitglieds

Bitte überweisen Sie meine Prämie.

#### Bankverbindung

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_