

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

AOK-Gesundheitskonto – Erstattung von Kosten für zusätzliche Gesundheitsleistungen

Angaben des Versicherten/Leistungsempfängers:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Krankenversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich habe folgende Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen:

Art der Gesundheitsleistung Zutreffendes bitte ankreuzen	Rechnungsdatum			Rechnungsbetrag	
	Tag	Monat	Jahr	Euro	Cent
<input type="checkbox"/> Gesundheits-/Präventionskurse Die Teilnahmebescheinigung ist beigelegt.					
<input type="checkbox"/> Babyschwimmen Baby im Alter von 3-18 Monaten					
<input type="checkbox"/> eHealth-Angebot/digitaler Sportkurs Die regelmäßige Nutzung bestätige ich mit meiner Unterschrift.					
<input type="checkbox"/> Hebammenrufbereitschaft					
Krankenversichertennummer des Kindes:					
<input type="checkbox"/> Homöopathische Arzneimittel Die ärztliche Verordnung ist beigelegt.					
<input type="checkbox"/> Aktive Mitgliedschaft im Sportverein Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre					
<input type="checkbox"/> Partnerbegleitung Geburtsvorbereitungskurs					
Krankenversichertennummer der schwangeren Partnerin:					
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Nutzung von Quantified-Self-Hardware/ Messgeräten zur Bewegungsintensität					
<input type="checkbox"/> Sportzahnschutzschiene					

Die Rechnungen oder Zahlungsnachweise habe ich beigelegt.

Bitte überweisen Sie die für die Gesundheitsleistungen vorgesehenen Beträge auf folgendes Girokonto:

Name des Kreditinstituts _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Das Konto soll bis auf Widerruf einmalig genutzt werden.

Ich bin nicht Inhaber/-in des angegebenen Girokontos; Kontoinhaber/-in ist:

Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichende/-r Kontoinhaber/-in

Datum

Telefon (Angabe freiwillig)

Unterschrift des Versicherten und ggf. abweichenden Kontoinhabers
(ggf. des Betreuers/Erziehungsberechtigten)