

# SALUS BONUS KOMBI

Alle Maßnahmen gelten für

Kalenderjahr

## Dieser Sammelbogen gehört

Name, Vorname

Versichertennummer

Telefonnummer  
(bei evtl. Rückfragen –  
freiwillige Angabe)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die beigefügten Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiert zu haben sowie die Richtigkeit der gemachten Angaben.

 Datum und Unterschrift

## Meine Bankverbindung

Bitte ergänzen Sie Ihre Bankverbindung für die Auszahlung Ihres Bonusbetrags. Eine Barauszahlung ist nicht möglich.

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

SALUS BONUS  
PLUS

## Vorsorgeuntersuchungen

**Zahnärztliche  
Vorsorgeuntersuchung**

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

**Darmkrebscreening  
ab 50 Jahren**

Die vorgesehene Darmkrebsvorsorge wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Check Up Gesundheitsunter-  
suchung beim Hausarzt**

**von 18–34 Jahre** (einmalig)  
**ab 35 Jahre** (alle drei Jahre)

Der kostenfreie Check-Up laut den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien wurde beim Hausarzt bzw. -ärztin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Mammographie-  
Screening**

**von 50–69 Jahre** (alle zwei Jahre)

In diesem Kalenderjahr wurde ein Mammographie-Screening durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Krebsvorsorge für Frauen  
ab 20 Jahren**

Die Genitaluntersuchung bzw. Brustkrebsvorsorge wurde bei einem Frauenarzt bzw. -ärztin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Früherkennung Bauchorten-  
aneurysmen für Männer**

**ab 65 Jahre** (einmalig)

Das vorgesehene Ultraschall-screening der Bauchschlagader wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Hautkrebsvorsorge  
ab 35 Jahren**

(alle zwei Jahre)

Die vorgesehene Hautkrebsvorsorge bei einem Hautarzt bzw. -ärztin oder dazu berechtigten Hausarzt bzw. -ärztin wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Impfung gegen**

\_\_\_\_\_

Der vollständige Impfschutz für die o.g. Impfung wurde in diesem Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Krebsvorsorge für Männer  
ab 45 Jahren**

Die Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge wurde bei einem Urologen bzw. einer Urologin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Impfung gegen**

\_\_\_\_\_

Der vollständige Impfschutz für die o.g. Impfung wurde in diesem Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Maßnahmenkategorie A**

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein**

Ihr Verein bescheinigt Ihnen die Mitgliedschaft und aktive und regelmäßige Teilnahme an den Sportangeboten des Vereins.

Datum/Stempel/Unterschrift des Vereins

**Teilnahme an einer qualifizierten Sportveranstaltung: z. B. Volks- oder Stadtlauf**

Hier können Sie Ihre Teilnahme bestätigen lassen. Alternativ können Sie auch eine Finisher-Urkunde als Beleg beilegen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness-/Gesundheitsstudio**

Sie sind aktives Mitglied in einem Fitness- oder Gesundheitsstudio.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme am Babyschwimmen oder Eltern-Kind-Turnen**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Angebot zum Babyschwimmen oder Eltern-Kind-Turnen teilgenommen.

Durchgeführt:  
 Babyschwimmen  Eltern-Kind-Turnen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßige Teilnahme am Betriebs- oder Hochschulsport**

Ihr Arbeitgeber/Ihre Hochschule kann bestätigen, dass Sie aktiv und regelmäßig an Betriebs-/Hochschulsportangeboten teilnehmen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme an einem Rückbildungskurs**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Rückbildungskurs teilgenommen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Präventionskurs teilgenommen, wie z. B. Yoga-Kurs oder Rückenschule.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßige Nutzung von Apps oder webbasierten Schulungen nach § 20 Abs. 5 SGB V**

Gilt für:  App  webbasierte Schulung

Datum/Unterschrift des Versicherten oder Nachweis

**Teilnahme an einer BKK Aktivwoche oder Well-Aktiv**

Ihre Teilnahme an einer unserer aktiven Gesundheitsreisen können Sie sich hier bestätigen lassen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßiges Online-Coaching § 20 Abs. 5 SGB V**

Sie haben erfolgreich ein zertifiziertes Online-Coaching absolviert, wie z. B. pur-life, Fitbase,...

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Maßnahmenkategorie B**

**BMI im Normalbereich**

Laut Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin liegt Ihr Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Erwerb eines der folgenden Abzeichen:**

Sportabzeichen  
 Schwimlabzeichen  
 Wanderabzeichen  
 Tanzsportabzeichen  
 Feuerwehr-Fitness-Abzeichen  
 Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Nichtraucher/in (seit mindestens 6 Monaten)**

Ihr Arzt/Ihre Ärztin kann bestätigen: Seit mindestens 6 Monaten sind Sie rauchfrei.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

**Erwerb eines der folgenden Abzeichen:**

Sportabzeichen  
 Schwimlabzeichen  
 Wanderabzeichen  
 Tanzsportabzeichen  
 Feuerwehr-Fitness-Abzeichen  
 Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters