Zahnvorsorge

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Zahnarztes: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

_____
Bankinstitut / BIC

_____
Kontoinhaber

_____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

☐ Professionelle Zahnreinigung

☐ Zahnkontrolle

Hier vom Zahnarzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Impfung

Bitte vollständig ausfüllen!

Impfung gegen: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

_____
Bankinstitut / BIC

_____
Kontoinhaber

_____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

☐ Laut Impfempfehlung (STIKO) ☐ Reiseschutzimpfung

☐ Vollständiger Impfschutz im ersten Lebensjahr

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Impfung

Bitte vollständig ausfüllen!

Impfung gegen: _____

_____
Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

_____
Bankinstitut / BIC

_____
Kontoinhaber

_____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

☐ Laut Impfempfehlung (STIKO) ☐ Reiseschutzimpfung

☐ Vollständiger Impfschutz im ersten Lebensjahr

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J
Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Kinder- und Jugendvorsorge

healthmiles U18

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Arztes: _____

Vorsorgeuntersuchung: ☐ U ☐ J

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Kontoinhaber

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J

Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv

Kinder- und Jugendvorsorge

healthmiles U18

Bitte vollständig ausfüllen!

Name des Arztes: _____

Vorsorgeuntersuchung: ☐ U ☐ J

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

IBAN

Bankinstitut / BIC

Kontoinhaber

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hier vom Arzt bestätigen lassen.

T T . M M . J J J J

Datum

Stempel & Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

HealthMiles präventiv