

**IHRE PERSÖNLICHEN ANGABEN**

Bitte bis zum 31.03.2025 einreichen.

# BONUSJAHR 2024

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

PLZ und Ort

Krankenversichertenummer

Name der Bank

Steuer-ID

IBAN

Kontoinhaber

**X**  
Datum/Unterschrift

**Das Bonusguthaben ist nicht auf andere Personen und auch nicht auf das nächste Bonusjahr übertragbar.**

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter [www.bkk-da.de](http://www.bkk-da.de) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns unter [datenschutz@bkk-da.de](mailto:datenschutz@bkk-da.de) oder per Post BKK\_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.



**Ihr Bonus (10 € pro abgestempeltem Feld)**

**So funktioniert es:**

1. Erfüllte Maßnahmen mit Stempel bestätigen lassen.
2. Anschließend Bonusformular einreichen.
3. Der Bonus entspricht der Summe der Felder mit Stempel/Unterschrift x 10 €.



**Aktiv\_Check**  
(A1–A5)



**Impf\_Check**  
(I1–I10)



**Vorsorge\_Check**  
(V1–V9)



**Zahn\_Check**  
(Z1–Z3)

**Beispiel: Professionelle Zahnreinigung = Z1**

**Das Bonusformular kann einmalig für das Jahr 2024 eingereicht werden!**

**Mit der Einreichung ist die Teilnahme für das Bonusjahr 2024 beendet.**

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio


<b>Die von mir erbrachte Maßnahme:</b>		Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2024 durchgeführt wurde!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchstabe (z. B. A)	Ziffer (z. B. 1)	
Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.		Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio


**Sie erfüllen mehr als 10 Maßnahmen?**


**Dann einfach ein zweites Formular anfordern oder unter [www.bkk-da.de](http://www.bkk-da.de) herunterladen und zusammen mit dem ersten Formular einreichen!**

## BONUSJAHR 2024

 <b>AKTIV_CHECK MASSNAHMEN</b>		
<b>A1</b>	<b>Aktive Mitgliedschaft im Sport-/Rehasportverein</b>	Sportliche Aktivität regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt
<b>A2</b>	<b>Breitensport/Abgelegte Sportabzeichen</b>	Bei Breitensport mind. 2 Maßnahmen. Bitte die Teilnahmeurkunden einreichen!
<b>A3</b>	<b>Mitgliedschaft im Fitnessstudio</b>	Sportliche Aktivität regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt – Fitnessstudio zertifiziert nach DIN EN 17229 und DIN 33961 oder Personal ist ausreichend qualifiziert (Sportwissenschaftler, Sportlehrer, Physiotherapeuten oder Fitnesstrainer mit mind. einer B-Lizenz)
<b>A4</b>	<b>Teilnahme Betriebssport/Hochschulsport</b>	Sportliche Aktivität in 2024 regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt
<b>A5</b>	<b>Zertifizierter Präventionskurs nach § 20 SGB V</b>	Maßnahme in 2024 durchgeführt

 <b>IMPF_CHECK MASSNAHMEN</b>		
<b>I1</b>	<b>Covid-19</b>	<b>Impfungen</b> , die von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) unter den Kategorien „S(andard)“ und „A(luffrischung)“ sowie „I(ndikation)“ empfohlen oder von der BKK_DürkoppAdler gemäß Satzung (Impfbudget) übernommen werden  <b>Keine Impfungen</b> im Zuständigkeitsbereich des Arbeitgebers  <b>Eine Impfung</b> , die mehrere Arztbesuche umfasst (notwendig für den Aufbau einer vollständigen Immunisierung), → <b>gilt als eine Impfung</b>  <b>Mehrfachimpfungen</b> wie z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung → <b>gelten auch als eine Impfung</b>  <b>Impfserien</b> , die zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes erforderlich sind, → <b>gelten ebenfalls als eine Impfung</b>
<b>I2</b>	<b>Herpes Zoster</b>	
<b>I3</b>	<b>HPV (Humane Papillomviren)</b>	
<b>I4</b>	<b>Influenza</b>	
<b>I5</b>	<b>Masern</b>	
<b>I6</b>	<b>Pneumokokken</b>	
<b>I7</b>	<b>Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis</b>	
<b>I8</b>	<b>Sonstige Impfungen (z. B. Covid-19 Booster oder FSME)</b>	
<b>I9</b>	<b>Bitte bei I8–I10 unbedingt im Stempelfeld Art der Impfung eintragen lassen.</b>	
<b>I10</b>		

 <b>VORSORGE_CHECK MASSNAHMEN</b>		
<b>V1</b>	<b>Brustkrebsvorsorge</b>	<b>Frauen ab 30 Jahren:</b> jährlich
<b>V2</b>	<b>Darmspiegelung</b>	<b>Männer ab 50 Jahren, Frauen ab 55 Jahren:</b> 2-malig im Mindestabstand von 10 Jahren – <b>bei Erstkoloskopie ab 65 Jahren:</b> nur 1x Anspruch. Alternativ zum Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge V9
<b>V3</b>	<b>Früherkennung Bauchaortenaneurysma</b>	<b>Männer ab 65 Jahren:</b> 1-malig
<b>V4</b>	<b>Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge</b>	<b>Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren:</b> jährlich
<b>V5</b>	<b>Gesundheits-Check-up</b>	<b>18–34 Jahre:</b> einmalig, <b>ab 35 Jahren:</b> alle 3 Jahre. Bei <b>Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung:</b> alle 2 Jahre
<b>V6</b>	<b>Hautkrebsvorsorge</b>	<b>Versicherte ab 19 Jahren:</b> alle 2 Jahre
<b>V7</b>	<b>Mammographie</b>	<b>Frauen von 50–69 Jahren:</b> alle 2 Jahre
<b>V8</b>	<b>Screening, zytologische Untersuchung inkl. HPV-Test</b>	<b>Frauen ab 35 Jahren:</b> alle 3 Jahre
<b>V9</b>	<b>Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge</b>	<b>50–54 Jahre:</b> jährlich, <b>ab 55 Jahren:</b> alle 2 Jahre Alternativ zur Darmspiegelung V2

 <b>ZAHN_CHECK MASSNAHMEN</b>		
<b>Z1</b>	<b>Professionelle Zahnreinigung</b>	Unabhängig von der Teilnahme am ViDAplus Bonusprogramm können Sie max. 50€ für Ihre Zahnreinigungsrechnung erhalten. Reichen Sie einfach die Rechnung ein, die Überweisung erfolgt auf Ihre hinterlegte Bankverbindung.
<b>Z2</b>	<b>Zahnvorsorge 1. Halbjahr</b>	
<b>Z3</b>	<b>Zahnvorsorge 2. Halbjahr</b>	

### SIE HABEN NOCH FRAGEN?

Detaillierte Informationen u. a. zu den Maßnahmen sowie den entsprechenden Fristen und Intervallen können Sie den Ausführungsbestimmungen zu diesem Programm entnehmen. Diese finden Sie auf unserer Homepage **www.bkk-da.de/vidaplus**. **Sehr gerne helfen wir Ihnen persönlich unter Telefon 0521 557847-3193** oder auch per E-Mail weiter: **info@bkk-da.de**.