BKK24 *Länger besser leben.*

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER ERWEITERTEN DARMKREBSVORSORGE

BKK24

Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

* Das Formular passt in einen frankierten Fensterbriefumschlag!

Patient*in: **Versichertennummer:**

geb. am:

Bankverbindung

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Abweichende*r Kontoinhaber*in:

Unterschrift Kontoinhaber*in: _____

Antrag auf Erstattung

☐ eines Immunologischen Stuhltests bis 50,00 € (alle 2 Jahre möglich)

☐ einer Darmspiegelung, einmalig bis zu 100,00 €

Hiermit wird bestätigt, dass bei der Darmspiegelung (Koloskopie) am _____

alle drei Voraussetzungen vorlagen *(bitte ankreuzen)*:

☐ Der/die Patient*in war zum Zeitpunkt der Behandlung zwischen 30 und 49 Jahren.

☐ Eine auf die Untersuchung bezogene Erkrankung lag zum o.g. Zeitpunkt noch nicht vor.

☐ Es bestehen bereits Risikofaktoren die auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen.

_____ _____

Datum Stempel, Unterschrift Arzt