

# Persönliche Angaben

Bitte ausfüllen und zurücksenden!

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer / Geburtstag

Bitte geben Sie hier das Konto an, auf das der Bonus überwiesen werden soll.

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber, falls abweichend.

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.bkk-ewe.de](http://www.bkk-ewe.de) oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

An die  
**BKK EWE**  
Donnerschweer Straße 20  
26123 Oldenburg

## BKK EWE

Donnerschweer Straße 20  
26123 Oldenburg

Hotline 0800 / 125 53 93  
Tel-Nr. 0441 / 350 28 51 07  
Fax 0441 / 350 28 51 95

[www.bkk-ewe.de](http://www.bkk-ewe.de)  
[info@bkk-ewe.de](mailto:info@bkk-ewe.de)

Stand 10/2024



ZURÜCK AN UNS

# IHR+ BONUS

## SCHWANGERSCHAFT

👉 Jetzt BKK EWE Vorteil genießen!

# IHR+ BONUS

## SCHWANGERSCHAFT

Mit einer Schwangerschaft beginnt für Sie ein neuer Lebensabschnitt, aber auch die Fürsorge für Ihr ungeborenes Kind. Damit Sie und Ihr Baby während der Schwangerschaft gut beraten sind, gibt es eine Reihe von gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen, die Ihr Arzt über Ihre Gesundheitskarte direkt mit uns abrechnet.

Wir unterstützen Sie darüber hinaus während der Schwangerschaft mit dem **IHR+BONUS** Schwangerschaft. Für die aufgeführten Untersuchungen und Arzneimittel werden die Kosten bis zu einem Gesamtwert von 500 € übernommen.

Voraussetzung für die Auszahlung ist eine bestehende Mitgliedschaft oder Familienversicherung der (werdenden) Mutter bei der BKK EWE zum Zeitpunkt der Abrechnung.

**Das Teilnahmeheft kann je Schwangerschaft einmal eingereicht werden. Bitte reichen Sie das Heft zum Ende Ihrer Schwangerschaft mit allen Originalrechnungen ein.**

Mein voraussichtlicher / tatsächlicher Entbindungstermin ist /war:

Bitte Datum eintragen

## Untersuchungen

Ich habe die folgenden individuellen Untersuchungen während meiner Schwangerschaft in Anspruch genommen:

- Ersttrimester-Screening
- Nackenfaltenmessung
- Toxoplasmose-Test\*
- Triple-Test
- B-Streptokokken-Untersuchung
- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen\*
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierungs-Test (FisH-Test)
- Test auf Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken
- Zytomegalie-Test

\*) Sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien

Bitte die in Anspruch genommenen Untersuchungen ankreuzen. Eine Auszahlung ist nur möglich, wenn die Originalrechnungen mit eingereicht werden.

Die Leistungen müssen von einem Leistungserbringer durchgeführt werden, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

## Arzneimittel

Die folgenden Arzneimittel waren während meiner Schwangerschaft erforderlich:

- Folsäure
- Vitamin B 12
- Jod

Bitte die entsprechenden Arzneimittel ankreuzen.

Kosten werden übernommen für Arzneimittel die **durch einen Arzt auf Privatrezept verordnet und in einer Apotheke oder durch eine Versandapotheke bezogen wurden.**

Eine Auszahlung ist nur möglich, wenn die Privatrezepte und die Originalrechnungen mit eingereicht werden.

