

# Hole dir deinen Zuschuss für 2026 zum Fitnessstudio



Wir unterstützen dich und deine gesunde Lebensführung mit bis zu 400 Euro im Jahr. Mit jedem Stempel als Bestätigung deiner Teilnahme an z. B. Vorsorgeuntersuchungen oder sportlichen Aktivitäten erhöhst du deinen Zuschuss. Ab 5 Maßnahmen verdoppelt sich dieser bis zum Maximalbetrag.

Mehr dazu erfährst du auf **Seite 2**. Bei Fragen sind wir selbstverständlich für dich da!

## Beispiel:

- |              |                                    |   |
|--------------|------------------------------------|---|
| 1. Maßnahme: | Sport im Fitnessstudio             | ✓ |
| 2. Maßnahme: | Ausdauersport                      | ✓ |
| 3. Maßnahme: | Präventionskurs                    | ✓ |
| 4. Maßnahme: | PZR – Professionelle Zahnreinigung | ✓ |
| 5. Maßnahme: | Zahngesundheitsuntersuchung        | ✓ |

Mein Zuschuss **200 Euro**

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 5 Maßnahmen  | = max. 200 Euro |
| 6 Maßnahmen  | = max. 225 Euro |
| 7 Maßnahmen  | = max. 250 Euro |
| 8 Maßnahmen  | = max. 300 Euro |
| 9 Maßnahmen  | = max. 350 Euro |
| 10 Maßnahmen | = max. 400 Euro |

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANGABEN ZUR PERSON</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Name der Bank:		
IBAN:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kontoinhaber/in:		

## Datenschutzhinweis!

Deine persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhältst du unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>.

Auf Wunsch senden wir dir die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die **BKK VDN** die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

<b>X</b>	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten

Auf der Rück- bzw. Folgeseite befinden sich die einzelnen Maßnahmenfelder zur Bestätigung durch deinen Arzt bzw. Leistungserbringer.

Die in 2026 durchgeführten Maßnahmen werden vom Arzt bzw. Anbieter der Leistung auf dieser Seite quittiert bzw. durch Vorlage entsprechender Belege nachgewiesen. Mit nur einer nachgewiesenen Maßnahme bist du schon dabei! (Teilnahme ab 16 Jahre)

**Sport**

- in einem Verein des Deutschen Sportbundes (seit mind. 3 Monaten, mind. 2 x monatlich) **oder**
- in einem Fitnessstudio (seit mind. 3 Monaten, mind. 2 x monatlich), Betreuung durch qualifiziertes Personal (Zertifizierung: DIN EN 17229 o. ZerFit) o. Training unter Anleitung eines Dipl.-Sportwissenschaftlers, Physiotherapeuten, lizenzierten Fitnesstrainers (B-Lizenz) o. Sport- und Fitnesskaufmanns **oder**
- Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens (z. B. Deutsches Sportabzeichen)

Datum / Unterschrift des Leistungserbringers

10 €

Stempelfeld

**Ausdauersport** (Teilnahme an mindestens zwei öffentlichen Veranstaltungen: Laufen, Radfahren, Triathlon, / Schwimmen)

Datum / Unterschrift Arzt

10 €

Stempelfeld

Teilnahme an einem **Präventionskurs** (zertifiziert durch die Zentrale Prüfstelle Prävention)

Datum / Unterschrift des Leistungserbringers

10 €

Stempelfeld

**Vorsorgeuntersuchung J2** von 16 bis 17 Jahre

Datum / Unterschrift Arzt

10 €

Stempelfeld

alle vorgesehenen **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen** (Auszahlung im Jahr der Entbindung); alternativ: Mutterpass vorlegen

Datum / Unterschrift Arzt

10 €

Stempelfeld

**Check-up** für Frauen und Männer zwischen 18 und 35 Jahre (einmalig)

Datum / Unterschrift Arzt

**Check-up** für Frauen und Männer ab 35 Jahre (alle 3 Jahre möglich)

Datum / Unterschrift Arzt

20 €

Stempelfeld

**Krebsfrüherkennung** für Frauen ab 20 und Männer ab 45 Jahre (jährlich möglich)

Datum / Unterschrift Arzt

20 €

Stempelfeld

**Hautkrebscreening** privat (jährlich) oder über eGK (alle zwei Jahre)

Datum / Unterschrift Arzt

**Mammographie-Screening** ab einem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres (ab 01.07.2024 bis 75 Jahre/alle 22 bis 26 Monate nach der letzten Teilnahme möglich)

Datum / Unterschrift Arzt

10 €

Stempelfeld

**Koloskopie** (im Rahmen der KFE-RL) für Frauen und Männer ab 50 Jahre (zweimal möglich, die zweite frühestens 10 Jahre nach der ersten)

Datum / Unterschrift Arzt

10 €

Stempelfeld

eine **Schutzimpfung** (von der STIKO empfohlen oder gemäß Satzung der BKK VDN; alternativ: Impfausweis vorlegen)

Datum / Unterschrift Arzt

**Zahngesundheitsuntersuchung** bis 17 Jahre (halbjährlich) bzw. ab 18 Jahre (jährlich); alternativ: Bonusheft vorlegen

Datum / Unterschrift Zahnarzt

10 €

Stempelfeld

**PZR** – Professionelle Zahnreinigung; alternativ: Rechnung über PZR vorlegen

Datum / Unterschrift Zahnarzt

50 €

Stempelfeld