

  
**BKK HMR**  
Am Kleinbahnhof 5  
32051 Herford

Antrag auf Erstattung unserer  **ZUSATZPLUS - Leistungen**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
KV-Nr.

**Meine Bankverbindung:**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN (internationale Kontonummer)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC (internationale Bankleitzahl)

Folgende  **ZUSATZPLUS** – Leistungen wurden in Anspruch genommen:

**Zahnärztliche Leistungen**

- Professionelle Zahnreinigung     Mikrobiologischer Test     Vollnarkose  
 Fissurenversiegelung     Inlays

**Individuelle Vorsorgeuntersuchungen**

- Glaukomvorsorge     Brustultraschall     PSA-Bluttest  
 Check up (vor 35. Lebensjahr)     Mammographie     Hautkrebsvorsorge  
/Auflichtmikroskopie

**Osteopathie**     Osteopathie (Bitte ärztliche Bescheinigung mit empfohlenen Behandlungseinheiten beifügen.)

**Alternative Arzneimittel**     homöopathische, phytotherapeutische oder antroposophische Arzneimittel  
(Bitte Privatrezept Ihres Arztes beifügen.)

Bitte reichen Sie diesen Antrag mit den Originalrechnungen bei der BKK HMR ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Eine Erkrankung, bezogen auf die jeweiligen ärztlichen Untersuchungen liegt noch nicht vor, aber bereits bestehende Risikofaktoren / familiäre Vorbelastungen weisen auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hin.

**Datenschutzhinweis:**

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet auf unserer Webseite unter [www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung](http://www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder [datenschutz@bkk-hmr.de](mailto:datenschutz@bkk-hmr.de) an.