

**Rückantwort**  
**BKK HMR**  
Am Kleinbahnhof 5  
32051 Herford**Antrag auf Erstattung unserer  ZUSATZPLUS - Leistungen****Persönliche Angaben:**  
Name  
Vorname  
Krankenversichertennummer**Meine Bankverbindung:**  
IBAN  
BIC  
Kontoinhaber  
Name der BankFolgende **ZusatzPlus-Leistungen** wurden in Anspruch genommen:**Schwangerschaftsleistungen**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3D oder Farbdoppler-Ultraschall                                | <input type="checkbox"/> Triple-Test                         |
| <input type="checkbox"/> Feststellung Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken      | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Screening              |
| <input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening, Nackenfaltenmessung, Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> zusätzliche Ultraschalluntersuchung |
|   | <input type="checkbox"/> Zytomegalie-Test                    |

**Geburtsvorbereitung**

- 
- Geburtsvorbereitung für werdende Väter

Für die Erstattung ist zwingend die Angabe der Namen beider werdenden Eltern auf der Rechnung / Quittung notwendig.

**Hebammenrufbereitschaft**  Leistungen von Hebammen innerhalb der 38. bis 42. Schwangersenwoche

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

  
Datum  
Unterschrift

Eine Erkrankung, bezogen auf die jeweiligen Untersuchungen liegt nicht vor; die Leistungen werden jedoch erbracht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken.

**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.