

Messung durch Arzt oder Apotheker

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Arztes/Apothekers: _____

Blutdruckmessung | | | | / | | | |

BMI | | | | , | |

Vorname Nachname (Teilnehmer)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Hier vom Arzt/Apotheker bestätigen lassen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Datum

Stempel & Unterschrift

Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: _____

Vorname Nachname (Teilnehmer)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Datum

Stempel & Unterschrift

Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: _____

Vorname Nachname (Teilnehmer)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Datum

Stempel & Unterschrift

Gesundheitsfördernde Kurse

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

Start:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ende:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anzahl Kurseinheiten:

--	--

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Zertifizierte Kurse nach § 20 SGB V

Andere Gesundheitskurse

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Stempel & Unterschrift

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

1. Halbjahr 1.1. - 30.6.

J	J	J	J
---	---	---	---

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Stempel & Unterschrift

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles

Name des Anbieters: _____

2. Halbjahr 1.7. - 31.12.

J	J	J	J
---	---	---	---

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift (Teilnehmer)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. [Auszug siehe Rückseite.](#) →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Stempel & Unterschrift