

**BEDINGUNGEN**

Eine maximale Rückerstattung von 25 € pro Ziviljahr, für alle Krankheiten zusammengenommen, die sich auf folgende krankheitsvorbeugende Untersuchungen beziehen: Brustkrebs, Prostatakrebs, Darm- und Dickdarmkrebs, Osteoporose, Diabetes Typ 2, Herz-Kranzgefässerkrankungen, Neurodegenerative Erkrankungen oder von AIDS.

**VOM KUNDEN AUSZUFÜLLEN ODER BITTE EINE IDENTIFIKATIONSVIGNETTE AUFKLEBEN**

Name : .....  
 Vorname : .....  
 Nationalregisternummer : \* ..... - ..... \*  
 Strasse und Hausnummer : .....  
 Postleitzahl und Gemeinde : .....  
 Telefonnummer : .....  
 Email-Adresse : .....

Ou

PLATZIERE DEINEN  
AUFKLEBER HIER

**VOM ARZT AUSZUFÜLLEN**

Ich, Doktor in Medizin (Name und Vorname) : .....  
 bestätige eine Untersuchung ausgeführt zu haben am : ..... / ..... / ..... bei dem obengenannten Patienten im Rahmen der folgenden Vorsorgeuntersuchung :

- Der Osteoporose  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung und Knochendichtemessung)
- Des Brustkrebs  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung und Mammographie)
- Des Darm -und Dickdarmkrebs  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung)
- Der Herz-Kranzgefässkrankheiten  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung)
- Des Diabetes Typ 2  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung)
- Des Prostatakrebs  
 Nomenklaturnummer der Untersuchung : .....  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung)
- AIDS  
 Bezahlter Betrag : ..... (Blutabnahme)
- Neurodegenerative Erkrankungen  
 Bezahlter Betrag : ..... (Untersuchung)

Datum : ..... / ..... / .....

Unterschrift und Stempel des Arztes :