

## Teilnahmebestätigung der Mutter

Es wird bestätigt, dass die Mutter alle Vorsorge- und Beratungsangebote während der Schwangerschaft und nach der Entbindung entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien wahrgenommen hat.

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

## Wir beraten Sie gern.

Wir sind für Sie da, sprechen Sie uns gerne an.



Die kostenfreie Servicenummer:  
0800 6 262626



Montag–Donnerstag: 8–18 Uhr  
Freitag: 8–16 Uhr



kundenservice@continentale-bkk.de  
www.continentale-bkk.de



Zentraler Posteingang  
30645 Hannover

**\*Hinweis:** Durch das Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung können Sie die Beiträge zur Krankenversicherung steuerlich geltend machen. Wir sind gesetzlich verpflichtet, gezahlte Prämien aus dem BKK Baby-Bonus an das Finanzamt zu melden. Es gilt Gesetz und Satzung der Continentale BKK in der aktuellen Fassung zum BKK Baby-Bonus.

05.2023



## Rundum-Schutz für Ihr Kind – Unsere Junior-Police CEJ.

Sie wünschen sich für Ihr Kind nur das Beste – vor allem möchten Sie es sicher und gesund wissen. Das liegt nicht immer in Ihrer Hand. Mit der Junior-Police können Sie vorsorgen und Ihren Schützling so bestens absichern.

### Top Schutz in vielen Bereichen:

- Leistungen für Kieferorthopädie und Zahnprophylaxe
- Leistungen für Naturheilverfahren
- Leistungen im Krankenhaus z. B. Chefarztbehandlung, Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer nach einem Unfall
- Und vieles mehr

Erfahren Sie mehr und finden Sie Ihren Ansprechpartner vor Ort:

[www.continentale.de/  
zusatzversicherung-kinder](http://www.continentale.de/zusatzversicherung-kinder)



**Continentale Betriebskrankenkasse**  
Sengelmannstr. 120 | 22335 Hamburg

## BKK Baby-Bonus

für Mütter und Babys  
bis zum 14. Lebensmonat



# Antrag für den BKK Baby-Bonus

## Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

## Persönliche Angaben der Mutter

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefonnummer

E-Mail

## Kontodaten

Name, Vorname des Kontoinhabers – falls abweichend

IBAN

Bankinstitut

Datum, Unterschrift des Versicherten

# Teilnahmebestätigung für das Kind

## Vorsorgeuntersuchungen

Es wird bestätigt, dass bei dem Kind die Vorsorgeuntersuchungen bis zum 12. Lebensmonat (U1 bis U6) entsprechend den Kinderrichtlinien durchgeführt wurden.

Datum, Stempel, Unterschrift des (Kinder-)Arztes

## Impfschutz

Es wird bestätigt, dass das Kind über den vollständigen Impfschutz entsprechend der STIKO-Empfehlung verfügt.

Datum, Stempel, Unterschrift des (Kinder-)Arztes

## Früherkennungsuntersuchungen

Das Kind hat an den folgenden Früherkennungsuntersuchungen **als Neugeborenes** teilgenommen:

	ja	nein
<b>Pulsoxymetrie-Screening auf angeborenen Herzfehler</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erweitertes Neugeborenen-Screening</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Screening auf Mukoviszidose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hörscreening</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Stempel, Unterschrift des (Kinder-)Arztes

Das Kind hat an der folgenden Früherkennungsuntersuchung in der **4. bis 5. Lebenswoche** teilgenommen:

	ja	nein
<b>Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und -luxation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Stempel, Unterschrift des (Kinder-)Arztes

