

Nachweis für Vorsorgeuntersuchungen.



Informieren Sie uns über die Resultate Ihres Vitality Gesundheitschecks, durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen oder vorgenommene Impfungen. Verwenden Sie dafür bitte die folgenden drei Dokumente. Bitte beachten Sie: Für eine Punktegutschrift muss das jeweilige Formular genutzt werden. Das angegebene Datum darf nicht länger als 3 Monate zurückliegen.

1. Nachweis Vitality Gesundheitscheck.

Mit diesem Dokument informieren Sie uns über die Resultate Ihres Vitality Gesundheitschecks. Lassen Sie dabei alle gemessenen Werte von Ihrem Arzt oder Apotheker im Dokument eintragen und achten Sie darauf, dass die Werte per Datum, Unterschrift und Stempel bestätigt werden. Ihr Gewicht, Ihre Körpergröße und Ihren Blutdruck können Sie uns auch mit einem Screenshot, z.B. von einer Waage oder einem Blutdruckmessgerät nachweisen. Füllen Sie dazu einfach das beigefügte Formular selbst aus und lassen es uns mit den entsprechenden Screenshots und ihrer Unterschrift zukommen.

2. Nachweis Vorsorgeuntersuchungen.

Mit diesem Dokument informieren Sie uns über die vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen. Lassen Sie die durchgeführte Untersuchung von Ihrem Facharzt per Datum, Unterschrift und Stempel bestätigen. Die Angabe von Untersuchungsergebnissen ist nicht erforderlich.

3. Nachweis Impfungen.

Mit diesem Dokument informieren Sie uns über vorgenommene Impfungen oder bestehenden Impfschutz. Generali Vitality orientiert sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Lassen Sie Ihren aktuellen Impfstatus einfach und schnell von Ihrem Arzt durch Datum, Unterschrift und Stempel bestätigen.

Generelles Vorgehen – So nutzen Sie die Nachweise.

1. Laden Sie sich den Vitality Nachweis für Vorsorgeuntersuchungen aus der Generali Vitality App herunter und drucken Sie sich das gesamte Dokument oder die für Sie relevanten Seiten aus. Nehmen Sie den Ausdruck mit zu Ihrem Arzt oder Apotheker und lassen Sie die Untersuchung oder Impfung durchführen.
2. a) Für den Vitality Gesundheitscheck:
Lassen Sie die Ergebnisse der durchgeführten Messungen von Ihrem Arzt oder Apotheker in das Dokument eintragen und mit Unterschrift und Stempel bestätigen. Ihr Gewicht, Ihre Körpergröße und Ihren Blutdruck können Sie uns auch mit Hilfe eines Screenshots nachweisen. Fotografieren Sie dazu einfach Ihre Waage oder Ihr Blutdruckmessgerät.
b) Für Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen:
Lassen Sie sich die durchgeführten Untersuchungen oder Impfungen bzw. Ihren bestehenden Impfschutz von Ihrem Arzt mittels Unterschrift und Stempel bestätigen. Der Nachweis von Ergebnissen ist in diesem Fall nicht notwendig. Nutzen Sie beim Upload Ihres Impfnachweises das Datum der Bestätigung durch Ihren Arzt.
3. Nutzen Sie die Upload-Funktion der Generali Vitality App, um uns über durchgeführte Vitality Gesundheitschecks, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen zu informieren. Dazu markieren Sie bitte zunächst die durchgeführte(n) Messung(en) bzw. Untersuchung(en) und tragen die Ergebnisse – falls erforderlich – ein. Anschließend ist ein Scan oder Foto des Nachweisdokumentes hochzuladen. Der Upload ist im Datenformat PDF, JPG, PNG oder TIF möglich.
4. Ihr Upload wird von uns geprüft. Die Punkte werden Ihnen innerhalb von 14 Tagen gutgeschrieben.

Nachweis Vitality Gesundheitscheck.



Daten des Vitality Mitglieds*

Name, Vorname

Vitality Mitgliedsnummer

Gesundheitswerte

Körpergröße (in m)

Körpergewicht (in kg)

BMI

Taillenumfang (in cm)

Blutdruck (Systolisch / Diastolisch, in mmHg)

/

Blutzucker in mmol/l

oder in mg/dl

Wurde der Blutzucker im nüchternen Zustand gemessen?

Ja

Nein

Gesamtcholesterin in mmol/l

oder in mg/dl

Bitte beachten Sie, dass es bei der Messung des Gesamtcholesterins in einer Apotheke zu den Ergebnissen „Lo“ und „Hi“ kommen kann. Tragen Sie in diesem Fall beim Upload der Werte im Vitality Mitgliederportal die folgenden Daten ein:

	Messergebnis „Lo“	Messergebnis „Hi“
Gesamtcholesterin	3,9 mmol/l bzw. 150mg/dl	7,8 mmol/l bzw. 300mg/dl

Zusätzliche Angaben (optionale ärztliche Messung, nicht im Rahmen des Vitality Gesundheitschecks)

Ist die Messung der oben genannten Gesundheitswerte im Rahmen des allgemeinen Gesundheits-Check-Ups (Check-Up 35) erfolgt?

Ja

Nein

Langzeitblutzucker / HbA1c (in %)

Datum

Unterschrift und Stempel Arzt oder Apotheker
(oder Unterschrift Mitglied für Gewicht, Körpergröße und Blutdruck)*

Nachweis Vorsorgeuntersuchungen.



Daten des Vitality Mitglieds*

Name, Vorname

Vitality Mitgliedsnummer

Durchgeführte Vorsorgeuntersuchung

Brustkrebsvorsorge (Abtasttest)

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Gebärmutterhalskrebsvorsorge (Pap-Test)

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Brustkrebsvorsorge (Mammografie)

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Hautkrebsvorsorge

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Darmkrebsvorsorge (Koloskopie/Darmspiegelung)

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Prostatakrebsvorsorge

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Darmkrebsvorsorge (Stuhl-Test)

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Zahnvorsorge

Datum der Untersuchung, Unterschrift und Stempel des Arztes

Nachweis Impfungen.



Daten des Vitality Mitglieds*

Name, Vorname

Vitality Mitgliedsnummer

Durchgeführte Impfungen oder bestehender Impfschutz

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> FSME | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Masern | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röteln | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | Datum der Impfung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | Name und Datum der Impfung: _____ |

Datum

Ort, Unterschrift und Stempel des Arztes*

Anmerkung: Bitte nutzen Sie beim Upload das Datum der Bestätigung Ihres Arztes.

**Pflichtfelder*