

# Mein persönliches Vorsorgeheft – Überblick für Sie und Ihren Arzt

Spezialist für den Öffentlichen Dienst. **IDBV**

Der praktische  
Leistungsüberblick  
für Sie und Ihren Arzt  
für die Tarife Vision B  
und die Tarifgruppe B.  
Bitte sorgfältig  
aufbewahren.

Vorname

Name

Versicherten-Nr.

Eine Marke der AXA Gruppe



# Ihre Vorteile mit Ihrem persönlichen Vorsorgeheft

## Sinnvoll vorsorgen mit der DBV

Damit Sie immer die Gewissheit haben, in guten Händen zu sein, unterstützt Sie der gesundheitsservice360° natürlich auch bei Vorsorgeuntersuchungen. Denn diese sichern Ihre Gesundheit, weil sie helfen, eventuelle Krankheiten frühzeitig zu erkennen oder auszuschließen.

**Deshalb erstatten wir Ihnen nicht nur alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, sondern haben auch einige darüber hinausgehende Leistungen ergänzt.**

Die in diesem Vorsorgeheft aufgeführten Untersuchungen können Sie unabhängig von Ihrem Alter in Anspruch nehmen. Unsere Erstattung erfolgt zum versicherten Prozentsatz – und das ohne Anrechnung auf einen eventuellen Selbstbehalt oder Ihre Beitragsrückerstattung.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Beihilfestelle, für welche Untersuchung sie eine Erstattung vorsieht.

Mit diesem Heft möchten wir Ihnen und Ihrem Arzt einen **praktischen Überblick und eine Orientierungshilfe** zu Ihrem Versicherungsschutz geben.

Es kann vorkommen, dass Ihr Arzt Ihnen Leistungen empfiehlt, die nicht zu den gesetzlichen Programmen und unserem Leistungskatalog zählen.

Solche Leistungen können Sie natürlich auch in Anspruch nehmen. Diese werden jedoch nicht erstattet, sondern sind von Ihnen selbst zu zahlen.

Wir empfehlen Ihnen daher, Kosten und Nutzen solcher Leistungen abzuwägen. Denn nicht alle Vorsorgeuntersuchungen sind für jeden nötig oder gar sinnvoll.

Nehmen Sie einfach dieses Vorsorgeheft mit zu Ihrem Arzt und nutzen Sie es als **Gesprächsgrundlage bei der Planung** Ihrer persönlichen Vorsorge.



Bei medizinischen Fragen zu einer Vorsorgeuntersuchung wenden Sie sich gerne jederzeit an unser 24-h-Gesundheitstelefon: **0221 148-41444**

# Inhaltsverzeichnis

## Übersicht

Welche Vorsorge wann und warum? ..... 4

## Vorsorgeleistungen für Männer

Alles, was für den Mann zählt

- Gesundheitsuntersuchung und Ultraschallscreening ..... 6
- Krebsvorsorge ..... 8
- Zahnärztliche Prophylaxe und Tuberkuloseuntersuchung ... 10

## Vorsorgeleistungen für Frauen

Alles, was für die Frau wichtig ist

- Gesundheitsuntersuchung ..... 12
- Krebsvorsorge ..... 14
- Brustkrebs-Früherkennung ..... 16
- Chlamydien-Screening ..... 16
- Schwangerschaftsvorsorge ..... 18
- Zahnärztliche Prophylaxe und Tuberkuloseuntersuchung ... 20

## Vorsorgeleistungen für Kinder

Gesundheitsschutz von Anfang an ..... 22

## Wissenswertes zum Impfschutz

Infos zu Impfungen und Immunprophylaxe ..... 24

## Weitere Services der DBV

- gesundheitsservice360° ..... 26
- Meine Gesundheit/Das PLUS der DBV ..... 27





## Vorsorgeleistungen für Männer

### Alles, was für den Mann zählt

#### Ihre Absicherung im Überblick

Auf dieser Seite können Sie sehen, in welchen Bereichen Ihnen die DBV mit starken Leistungen eine umfassende Vorsorge bietet.

Sie erfahren außerdem, wie oft diese erstattet werden.

#### Gesundheitsuntersuchung

Die jährliche Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenkrankheiten sowie die Diabetesvorsorge werden Ihnen von der DBV erstattet.

#### Krebsvorsorge

Sie haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine visuelle Ganzkörperinspektion der Haut zur Früherkennung von Hautkrebs.

Außerdem haben Sie jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, der Prostata und des Darmausgangs.

Zur Früherkennung von Darmkrebs sind zudem der Schnelltest auf okkultes (verborgenes) Blut oder eine Darmspiegelung für Sie erstattungsfähig.

#### Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

Sie haben einmalig Anspruch auf ein entsprechendes Ultraschallscreening.

#### Tuberkuloseuntersuchung

Sie haben bei der DBV Anspruch auf eine Tuberkuloseuntersuchung.

#### Zahnprophylaxe

Von der Erstellung eines Mundhygienestatus über die lokale Fluoridierung bis hin zur professionellen Zahnreinigung sind viele Leistungen für Sie abgedeckt.

**Tipp: Die in diesem Heft genannten Vorsorgeleistungen haben keinen Einfluss auf Ihre Beitragsrückerstattung.**



## Vorsorgeleistungen für Frauen

### Alles, was für die Frau wichtig ist

#### Ihr Schutz auf einen Blick

Diese kleine Zusammenfassung zeigt Ihnen, welche Vorsorgethemen durch unsere Leistungen für Sie abgesichert werden.

Zudem können Sie sehen, wie oft die verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig sind.

#### Gesundheitsuntersuchung

Die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenkrankheiten sowie die Diabetesvorsorge sind für Sie jährlich abgedeckt.

#### Krebsvorsorge

Frauen haben Anspruch auf eine jährliche Untersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

Zudem wird eine visuelle Ganzkörperinspektion der Haut zur Früherkennung von Hautkrebs alle zwei Jahre abgedeckt.

Darüber hinaus haben Sie Anspruch auf den Schnelltest auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl oder auf eine Darmspiegelung.

Zur Früherkennung von Brustkrebs sind Mammografie-Screenings für Frauen abgedeckt.

#### Chlamydien-Screening

Das Screening stellt eine eventuelle Chlamydieninfektion fest und durch rechtzeitige Behandlung können Folgeerkrankungen vermieden werden. Allen Frauen werden daher entsprechende Screenings erstattet.

#### Schwangerschaftsvorsorge

Für werdende Mütter gibt es nichts Wichtigeres als die Gesundheit ihres Kindes. Um diese sicherzustellen, bieten wir ihnen zahlreiche Leistungen.

#### Tuberkuloseuntersuchung

Bei uns haben Sie Anspruch auf eine Tuberkuloseuntersuchung.

#### Zahnprophylaxe

Zur Erhaltung Ihrer Zahngesundheit werden viele verschiedene prophylaktische Leistungen abgedeckt.

**Tipp: Die in diesem Heft genannten Vorsorgeleistungen haben keinen Einfluss auf Ihre Beitragsrückerstattung.**



Vorsorgeleistungen für Männer

## Gesundheitsuntersuchung und Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

| Gesundheitsuntersuchung  | GOÄ-Ziffer        |                        | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|--|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesundheitsuntersuchung  | 29                |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutabnahme  | 250               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EKG  | 651               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glukose  | 3560              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cholesterin  | 3562              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HDL-Cholesterin  | 3563              | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LDL-Cholesterin  | 3564              | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Triglyzeride   | 3565              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harnsäure  | 3583              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinsediment   | 3531              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreatinin  | 3585              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschalluntersuchung der Niere(n)                             | 410 bzw. 420      | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (einmalig)</b> | <b>GOÄ-Ziffer</b> |                        | <b>Jahr: _____</b>       | <b>Jahr: _____</b>       | <b>Jahr: _____</b>       | <b>Jahr: _____</b>       | <b>Jahr: _____</b>       |
| Beratung   | 1                 |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschalluntersuchung  | 410 bzw. 420      |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag für Duplex-Verfahren                                    | 401               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag für Doppler-sonographische Leistung                     | 404               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Datum        | Datum        | Datum        | Datum        | Datum        |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| _____        | _____        | _____        | _____        | _____        |
| Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift |
| ✗            | ✗            | ✗            | ✗            | ✗            |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



Vorsorgeleistungen für Männer  
**Krebsvorsorge**

| <b>Krebsfrüherkennung (Prostata und Genitale)</b>   | <b>GOÄ-Ziffer</b> | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen                                      | 28                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutsenkung   | 3501              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutbild  | 3503–3506         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschalluntersuchung   | 410 bzw. 420      | Zusatzleistung der DBV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transkavitärschlag  | 403               | Zusatzleistung der DBV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Darmkrebsfrüherkennung</b>   | <b>GOÄ-Ziffer</b> | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
| Untersuchung auf okkultes Blut<br><b>(jährlich; ab 55 Jahren alle zwei Jahre)</b><br>oder | A3736             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darmspiegelung (insgesamt zweimal, zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)      |                   |                          |                          |                          |                          |                          |
| + Beratung  | 1                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Digitaluntersuchung   | 11                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Blutabnahme   | 250               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Quickwert   | 3960              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Hohe Koloskopie   | 687               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Intravenöse Kurznarkose (Propofol usw.)   | 451               | Zusatzleistung der DBV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hautkrebs-Screening (alle zwei Jahre)</b>  | <b>GOÄ-Ziffer</b> | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
| Auflichtmikroskopie der Haut  | 750               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung  | 1                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vollständige körperliche Untersuchung   | 7                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                   | Datum                    | Datum                    | Datum                    | Datum                    | Datum                    |
|   |                   | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    |
|   |                   | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             |
|   |                   | ✗                        | ✗                        | ✗                        | ✗                        | ✗                        |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



Vorsorgeleistungen für Männer  
**Zahnärztliche Prophylaxe  
 und Tuberkuloseuntersuchung**

| Zahnärztliche Prophylaxe  | GOZ-Ziffer | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       |
|---|------------|---|---|---|---|---|---|
| Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen                                 | 1000       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung   | 1010       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel                                     | 1020       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger | 1030       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Professionelle Zahnreinigung (zweimal pro Jahr)   | 1040       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Ihr zusätzlicher Vorteil:**

Werden ausschließlich die oben genannten prophylaktischen Leistungen in Rechnung gestellt, dann haben diese keinen Einfluss auf eine mögliche Beitragsrückerstattung.

|              |              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Datum        | Datum        | Datum        | Datum        | Datum        | Datum        |
| _____        | _____        | _____        | _____        | _____        | _____        |
| Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift |
| ✕            | ✕            | ✕            | ✕            | ✕            | ✕            |

| Tuberkuloseuntersuchung               | GOÄ-Ziffer        |                        | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beratung                              | 1                 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vollständige körperliche Untersuchung | 7                 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stempeltest                           | 384               | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röntgenaufnahme der Brustorgane       | 5135<br>oder 5137 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|              |              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Datum        | Datum        | Datum        | Datum        | Datum        | Datum        |
| _____        | _____        | _____        | _____        | _____        | _____        |
| Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift | Unterschrift |
| ✕            | ✕            | ✕            | ✕            | ✕            | ✕            |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.

Vorsorgeleistungen für Frauen  
**Gesundheitsuntersuchung**

| Gesundheitsuntersuchung              | GOÄ-Ziffer   |                        | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|--------------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesundheitsuntersuchung              | 29           |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutabnahme                          | 250          |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EKG                                  | 651          |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glukose                              | 3560         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cholesterin                          | 3562         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HDL-Cholesterin                      | 3563         | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LDL-Cholesterin                      | 3564         | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Triglyzeride                         | 3565         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harnsäure                            | 3583         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinsediment                         | 3531         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreatinin                            | 3585         |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschalluntersuchung der Niere(n) | 410 bzw. 420 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      |              |                        | Datum                    | Datum                    | Datum                    | Datum                    | Datum                    |
|                                      |              |                        | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    |
|                                      |              |                        | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             | Unterschrift             |
|                                      |              |                        | ✕                        | ✕                        | ✕                        | ✕                        | ✕                        |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



| <b>Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung</b>            | <b>GOÄ-Ziffer</b> |                        | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
|--|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen | 27                |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zytologische Untersuchung                            | 4851              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschalluntersuchung                              | 410 bzw. 420      | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transkavitärschlag                                   | 403               | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Darmkrebsfrüherkennung</b>   | <b>GOÄ-Ziffer</b> |                        | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
|---|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Untersuchung auf okkultes Blut<br><b>(jährlich; ab 55 Jahren alle zwei Jahre)</b><br>oder _____ | A3736             |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darmspiegelung (insgesamt zweimal, zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)            |                   |                        |                          |                          |                          |                          |                          |
| + Beratung  | 1                 |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Digitaluntersuchung   | 11                |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Blutabnahme   | 250               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Quickwert   | 3960              |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Hohe Koloskopie   | 687               |                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + Intravenöse Kurznarkose (Propofol usw.)   | 451               | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Hautkrebs-Screening (alle zwei Jahre)</b> | <b>GOÄ-Ziffer</b> |  | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       | <b>Jahr:</b> _____       |
|--|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Auflichtmikroskopie der Haut                 | 750               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung                                     | 1                 |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vollständige körperliche Untersuchung        | 7                 |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               |
| _____                               | _____                               | _____                               | _____                               | _____                               |
| Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.





Vorsorgeleistungen für Frauen

## Brustkrebs-Früherkennung und Chlamydien-Screening

| Brustkrebs-Früherkennung                              | GOÄ-Ziffer | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|---|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beratung  | 1          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mammografie je Seite, in zwei Ebenen                  | 5266       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag bei Anwendung digitaler Radiografie je Seite | 5298       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsiliarische Erörterung                             | 60         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |            | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           |
|   |            | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        |

| Chlamydien-Screening | GOÄ-Ziffer | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|----------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chlamydien-Screening | 4783       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |            | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           | Datum<br>_____           |
|                      |            | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        | Unterschrift<br>X        |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



Vorsorgeleistungen für Frauen  
**Schwangerschaftsvorsorge**

| Schwangerschaftsvorsorge                 | GOÄ-Ziffer    | 1. Kind  | 2. Kind  | 3. Kind  | 4. Kind  |
|--|---------------|--|--|--|--|
| Erstuntersuchung                         | 23            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Weitere Verlaufsuntersuchungen           | 24            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Blutentnahme                             | 250           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Ultraschalluntersuchung (bis zu dreimal) | 415           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschafts-Glukosetoleranz-Test    | 3613          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Antikörper-Suchtest                      | 3988          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen      | 3982 und 3985 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Lues-Suchtest                            | 4291          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Röteln-Virus                             | 4398          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Hepatitis-B-Viren                        | 4643          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| HIV-Antikörper-Suchtest                  | 4395          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

| Fruchtwasseruntersuchung                           | GOÄ-Ziffer |                        | 1. Kind   | 2. Kind   | 3. Kind   | 4. Kind   |
|--|------------|------------------------|---|---|---|---|
| Ultraschalluntersuchung zur Amniozentese (zweimal) | 410        | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Amniozentese                                       | 1011       | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Tokografische Untersuchung                         | 1001       | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Alpha-Fetoprotein                                  | 3743       | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Chromosomenanalyse (zweimal)                       | 4873       | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Anlage weiterer Zellkulturen                       | A4871      | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Differenzierte Färbungen (zweimal)                 | A4815      | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Datum                | Datum                | Datum                | Datum                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unterschrift         | Unterschrift         | Unterschrift         | Unterschrift         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ×                    | ×                    | ×                    | ×                    |

**Bitte beachten Sie:**

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



Vorsorgeleistungen für Frauen

## Zahnärztliche Prophylaxe und Tuberkuloseuntersuchung

| Zahnärztliche Prophylaxe  | GOZ-Ziffer | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       | Jahr: _____                                       |
|---|------------|---|---|---|---|---|---|
| Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen                                 | 1000       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung   | 1010       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel                                     | 1020       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger | 1030       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Professionelle Zahnreinigung (zweimal pro Jahr)   | 1040       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

### Ihr zusätzlicher Vorteil:

Werden ausschließlich die oben genannten prophylaktischen Leistungen in Rechnung gestellt, dann haben diese keinen Einfluss auf eine mögliche Beitragsrückerstattung.

|                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               |
| _____                               | _____                               | _____                               | _____                               | _____                               | _____                               |
| Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Tuberkuloseuntersuchung               | GOÄ-Ziffer        |                        | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              | Jahr: _____              |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beratung                              | 1                 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vollständige körperliche Untersuchung | 7                 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stempeltest                           | 384               | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röntgenaufnahme der Brustorgane       | 5135<br>oder 5137 | Zusatzleistung der DBV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               | Datum                               |
| _____                               | _____                               | _____                               | _____                               | _____                               | _____                               |
| Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        | Unterschrift                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

### Bitte beachten Sie:

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.



## Vorsorgeleistungen für Kinder

# Gesundheitsschutz von Anfang an

### Unser Service für Ihr Kind

Der Zweck dieses Vorsorgeheftes ist es, Ihnen und Ihrem Arzt einen Überblick über Ihre persönliche Vorsorge zu geben.

Als zusätzlichen Service möchten wir die Gelegenheit nutzen, Ihnen aufzuzeigen, welchen Gesundheitsschutz die DBV Ihrem mitversicherten Kind bietet.

Nachstehend sehen Sie alle Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vom Säuglings- bis ins junge Erwachsenenalter.

Durch diese Untersuchungen sollen eventuelle Erkrankungen Ihres Kindes schnellstmöglich erkannt und eine rechtzeitige Behandlung soll sichergestellt werden.

### Bitte beachten Sie:

Wir leisten immer entsprechend dem versicherten Prozentsatz. Bei Untersuchungen, die als „Zusatzleistung der DBV“ gekennzeichnet sind, erkundigen Sie sich bitte, ob Ihre Beihilferegelung ebenfalls eine Erstattung vorsieht.

### Folgende Untersuchungen werden im Rahmen von U2 bis U9 jeweils zusätzlich durchgeführt:

| Vorsorgeuntersuchungen   | GOÄ-Ziffer    |
|--|---------------|
| Blutabnahme  | 250 oder A250 |
| Orientierende Beurteilung Entwicklung/Interaktion              | 716           |
| Überprüfung Sprachverständnis, Sprechvermögen, Sozialverhalten | 717           |
| Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717 | 718           |
| Augenuntersuchung  | 1216          |

| Alter                        | Vorsorgeuntersuchungen  | GOÄ-Ziffer |
|------------------------------|---|------------|
| 1. u. 5. u. 10. Lebensminute | Untersuchung U1   | 26         |
|                              | Im Rahmen der U1:<br>– Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung | 25         |

| Alter               | Vorsorgeuntersuchungen   | GOÄ-Ziffer   |
|---------------------|--|--|
| 3.–10. Lebenstag    | Untersuchung U2<br>Im Rahmen der U2:<br>– Beratung<br>– Oxymetrische Untersuchung<br>– TSH-Bestimmung<br>– 17-OH-Progesteron<br>– Biotinidase<br>– Galaktose<br>– Carnitin<br>– Massenspektrometrien<br>– Neugeborenen-Hörscreening<br>– Mukoviszidose-Screening | 26<br><br>1<br>602<br>4030<br>4035<br>3789<br>3790 und A3776<br>4078<br>4079<br>1409<br>3796, A3796, 3920, 3922 und 3924 |
| 4.–5. Lebenswoche   | Untersuchung U3<br>Im Rahmen der U3:<br>– Hüftscreening<br>– Sofern noch nicht im Rahmen der U2 erfolgt: Mukoviszidose-Screening   | 26<br><br>413<br>3796, A3796, 3920, 3922 und 3924  |
| 3.–4. Lebensmonat   | Untersuchung U4  | 26   |
| 6.–7. Lebensmonat   | Untersuchung U5  | 26   |
| 10.–12. Lebensmonat | Untersuchung U6  | 26   |
| 21.–24. Lebensmonat | Untersuchung U7  | 26   |
| 34.–36. Lebensmonat | Untersuchung U7a   | 26   |
| 46.–48. Lebensmonat | Untersuchung U8<br>Im Rahmen der U8:<br>– Harnstreifentest<br>– Sprachaudiometrische Untersuchung  | 26<br>3511<br>1404   |
| 60.–64. Lebensmonat | Untersuchung U9<br>Im Rahmen der U9:<br>– Harnstreifentest   | 26<br>3511   |
| 7.–8. Lebensjahr    | Untersuchung U10   | A26<br>Zusatzleistung der DBV  |
| 9.–10. Lebensjahr   | Untersuchung U11   | A26<br>Zusatzleistung der DBV  |
| 13.–15. Lebensjahr  | Jugendgesundheitsuntersuchung J1   | 26   |
| 17.–18. Lebensjahr  | Jugendgesundheitsuntersuchung J2<br>Im Rahmen der J2:<br>– Glukose   | A26<br>3514<br>Zusatzleistung der DBV  |

# Was Sie über Impfungen und Immunprophylaxe wissen sollten



## Über unser Immunsystem

Unser Körper besitzt ein Immunsystem, mit dessen Hilfe Infektionskrankheiten abgewehrt werden. Dringt ein Krankheitserreger in den Körper ein, so entwickelt das Immunsystem Antikörper (Abwehrstoffe), mit denen der Erreger bekämpft wird. Dieser Schutz hält in der Regel ein Leben lang an. Denn ein einmal so bekämpfter Virus wird auch nach Jahren noch erkannt und unschädlich gemacht.

## Was bewirkt eine Impfung?

Es gibt zwei Möglichkeiten, durch Impfungen einen Immunschutz zu bewirken. Bei der aktiven Immunisierung werden dem Körper Virusbestandteile oder abgeschwächte, nicht krankmachende Keime zugeführt. So wird das Immunsystem veranlasst, Abwehrstoffe zu bilden.

Bei der passiven Immunisierung werden Antikörper gespritzt, die von anderen Menschen oder auch Tieren gegen den Krankheitserreger gebildet wurden.

Die passive Immunisierung hält jedoch nur einige Wochen an, weil die „Fremdkörper“ vom eigenen Körper allmählich wieder abgebaut werden. Sie kann in bestimmten Fällen trotzdem Mittel der Wahl sein, da die Schutzwirkung sofort einsetzt.

## Diese Impfkosten sind versichert

Prophylaktische Maßnahmen – inklusive aller vorbeugenden Impfungen – sind nicht generell im Leistungskatalog der privaten Krankenversicherungen enthalten. Folgende vorbeugende Impfungen

erstatten wir – angelehnt an die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – jedoch tariflich. Impfkosten, die ausschließlich anlässlich einer privaten Reise anfallen, sind den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen und werden daher nicht erstattet. Dies gilt z. B. für Fernreisen, die häufig eine Malaria- und Typhusprophylaxe erfordern.

- Diphtherie
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Grippe
- Haemophilus influenzae B
- Hepatitis A – nur für Personen mit erhöhtem beruflichen Risiko wie Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern, technische Angestellte, Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen oder mit Krankheiten der Leber, Personen mit einem Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko, ehrenamtlich Tätige mit erhöhtem Expositionsrisiko
- Hepatitis B
- Humane Papillomaviren (HPV) – nur für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren
- Masern
- Meningokokken – für Kinder bis zum vollendeten 17. Lebensjahr oder für Personen mit Immundefekten, bei Asplenie, Splenektomie sowie bei Hypogammaglobulinämie
- Mumps
- Pertussis (Keuchhusten)

- Pneumokokken – nur für Kinder bis zum 3. Lebensjahr, für Personen über 60 Jahre oder für Personen mit chronischen Erkrankungen, Immundefekten oder anatomischen und fremdkörperassoziierten Risiken für Pneumokokkenmeningitis, wie z. B. Liquorististel oder Cochlea-Implantat
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Rotaviren (nur bei Kindern)
- Röteln
- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Tollwut – nur für Tierärzte, Jäger und Forstpersonal sowie als postexpositionelle Impfung
- Varizellen (Windpocken)

## Welche Impfungen sind sinnvoll?

Auch Impfungen sind mit Risiken verbunden.

Jede Impfempfehlung sollten Sie daher kritisch daraufhin überprüfen, inwieweit sie auf Ihre persönliche Situation zutrifft, und ggf. mit Ihrem Arzt besprechen.

Ihr Arzt kennt den Standardimpfplan, die „amtlichen“ Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und er kennt Sie – die besten Voraussetzungen für eine individuelle Beratung.

### Rat und Hilfe:

Bei Fragen zu Impf- und Reiseprophylaxe können Sie natürlich auch unser 24-h-Gesundheitstelefon anrufen: 0221 148-41444

# Die besten Services für Ihre Gesundheit



## Hier dreht sich alles um Ihre Gesundheit

Ein langes und gesundes Leben – das wünscht sich natürlich jeder. Und jeder kann auch etwas dafür tun. Bei der DBV werden Sie dabei rundum unterstützt. Denn unter Leistung verstehen wir mehr, als Ihnen nur Kosten zu erstatten.

### gesundheitservice360° von AXA

Was kann ich zur Vorbeugung tun? Was bedeutet die Diagnose? Wie finde ich einen Facharzt in meiner Nähe? Nehme ich die richtigen Medikamente?

Gesundheitsthemen werfen Fragen auf. Fragen, die oft unbeantwortet bleiben. Unsere Gesundheitsexperten des gesundheitservice360° von AXA geben Ihnen

Antworten und stehen Ihnen mit ihrer langjährigen Erfahrung sowie mit Rat und Tat zur Seite. Natürlich kostenlos.

Wir sind 24 Stunden, 365 Tage im Jahr unter **0221 148-41444** oder **www.AXA.de/gesundheitservice360** erreichbar.

**Die Gewissheit, in guten Händen zu sein.**



## Meine Gesundheit der DBV

Freizeit ist kostbar. Egal, ob man nur entspannt oder die freien Stunden mit Sport, Hobbys oder Unternehmungen füllt: Die wertvolle Auszeit vom Alltag ist wichtiger denn je! Deshalb macht die DBV alles Organisatorische Ihrer privaten Krankenversicherung jetzt so einfach wie möglich: Mit Meine Gesundheit der DBV erledigen Sie alles rund um Ihre Gesundheit papierlos und im Handumdrehen. Damit mehr Zeit für Sie bleibt. Profitieren Sie beispielsweise von den folgenden Services:

Meine Rechnungen: Erhalten und verwalten Sie Ihre Rechnungen und Belege digital.

Sie sehen jederzeit den aktuellen Bearbeitungsstand und erhalten auch Ihre Leistungsabrechnung über Meine Gesundheit.

Meine Gesundheitsakte: Ihre sichere Ablage für alle Dokumente rund um Ihre Gesundheit.

Meine Medikamente: Managen Sie Ihre Medikamente online, erhalten Sie wichtige Tipps zur Erstattung und behalten Sie mögliche Risiken und Wechselwirkungen immer im Auge.

Jetzt informieren und registrieren – unter **www.DBV.de/meine-gesundheit**

## Entdecken Sie das PLUS der DBV

### Jeder Besuch lohnt sich

Unser Vorteilsprogramm „PLUS der DBV“ bietet Ihnen eine große Auswahl an hilfreichen Informationen, Tipps, Checklisten und viele Vergünstigungen.

Klicken Sie doch einfach mal rein und profitieren Sie von vielen Vorteilen – es warten verschiedene Themenfelder auf Sie.



Die ganze Vorteilswelt der DBV erwartet Sie online: **www.DBV.de/PLUS**

Oder scannen Sie einfach diesen QR-Code.



# Unser Service für Sie: Ihr persönliches Vorsorgeheft

## Gesprächsgrundlage beim Arzt

Nehmen Sie dieses Vorsorgeheft mit zu Ihrem Arzt, wenn es um die Planung Ihrer persönlichen Vorsorge geht.

## Praktischer Überblick

Lassen Sie sich alle durchgeführten Maßnahmen in Ihrem Vorsorgeheft dokumentieren. So können Sie immer sehen, welche Leistungen Sie noch in Anspruch nehmen können und wann.

### Sie haben noch Fragen zur Vorsorge?

Rufen Sie jederzeit unser 24-h-Gesundheitstelefon an:  
**0221 148-41444**



### **DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung**

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG  
65172 Wiesbaden

Telefonischer Kundenservice: 0221 148-41013

Fax: 0221 148-41910, [www.DBV.de](http://www.DBV.de)