

Osteopathische Behandlung

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

1) Ärztliche Bescheinigung

Ich bescheinige für den oben genannten Versicherten, dass die Indikation für eine osteopathische Behandlung vorliegt.

Datum

Praxisstempel/Unterschrift Arzt

2) Osteopathische Bescheinigung

Ich bestätige, Mitglied in einem der nachfolgenden Berufsverbände der Osteopathie zu sein oder über ein Zertifikat zu verfügen.

- Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie
- Verband der Osteopathen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für osteopathische Medizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V.
- Bundesverband Osteopathie e. V.
- Deutsche Ärztesgesellschaft für Osteopathie e. V.
- Deutsche Akademie für osteopathische Medizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderosteopathie
- Deutscher Verband für Osteopathische Medizin e. V.
- Register der traditionellen Osteopathen in Deutschland GmbH
- Deutsche Akademie für Osteopathische Medizin e. V.
- Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz
- Mein Verband lautet (Nachweis liegt bei): _____
- Ich bin Arzt, Heilpraktiker oder Physiotherapeut und Mitglied in folgendem Verband (Nachweis liegt bei): _____

Datum

Praxisstempel/Unterschrift Osteopath

Hinweis für den Versicherten: Bitte senden Sie diesen Vordruck ausgefüllt mit der Originalrechnung an DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen