

Abschnitt 1: Ärztliche Bescheinigung

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Wir bescheinigen für den oben genannten Versicherten, dass die Indikation für eine osteopathische Behandlung vorliegt.

Datum

Praxisstempel/Unterschrift Behandler

Abschnitt 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. (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Deutsche Ärztesgesellschaft für Osteopathie e. V.*
- Deutsche Akademie für osteopathische Medizin e. V. (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Deutsche Gesellschaft für Kinderosteopathie (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Deutscher Verband für Osteopathische Medizin e. V. (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Register der traditionellen Osteopathen in Deutschland GmbH (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Deutsche Akademie für Osteopathische Medizin e. V. (bis 31. März 2017 anerkannt)*
- Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz*

Datum

Praxisstempel/Unterschrift Osteopath

Hinweis für unsere Versicherten:

Bitte senden Sie diesen Vordruck ausgefüllt und mit der Originalrechnung an folgende Adresse:

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen