

**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 Deutschland 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 unsere Versicherten:**

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

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen