

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Verordnung des Arztes über osteopathische Behandlung**  
**(auszufüllen vom verordnenden Arzt – nur notwendig bei nicht-ärztlicher Behandlung)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Arztstempel

**Nachweis zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung**  
**(auszufüllen vom behandelnden Osteopathen)**

Ich bestätige, dass ich eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert habe und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen bin oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt bin.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers/Stempel

**Angaben des Versicherten**

Der Zuschuss der BKK RWE soll auf folgendes Konto erfolgen:

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

**BKK RWE**  
29217 Celle

Und so erreichen Sie uns:  
Service-Nummer 0800 / 80 100 40  
(kostenfrei)

E [info@bkkrwe.de](mailto:info@bkkrwe.de)  
I [www.bkkrwe.de](http://www.bkkrwe.de)