

Name, Vorname des Versicherten

Versichertennummer

Geburtsdatum

Verordnung des Arztes über osteopathische Behandlung (auszufüllen vom behandelnden Arzt – nur notwendig, wenn Behandlung durch einen Physiotherapeut/ eine Physiotherapeutin stattfindet)

Ort, Datum

Unterschrift/Arztstempel

Nachweis zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung (auszufüllen vom behandelnden Osteopathen)

Ich bestätige, dass ich

- ein/e Vertragsärztin/Vertragsarzt oder ein/e nach §13 Abs.4 SGB V berechnigte/r Ärztin/Arzt oder
- ein/e zugelassene/r Physiotherapeut/in oder ein/e nach §13 Abs.4 SGB V berechnigte/r Physiotherapeut/in bin  
**(ärztliche Verordnung erforderlich)**

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

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