

# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR OSTEOPATHIE

Versicherte/r: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Adresse der/dem Versicherten:** \_\_\_\_\_

## Angaben zur Osteopathiebehandlung:

Name des Osteopathen / der Osteopathin: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Behandlungszeitraum von: \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

Anzahl der Behandlungssitzungen: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung / Verordnung

Hiermit bestätige ich, dass bei der/dem Versicherten eine medizinische Indikation für osteopathische Behandlungen besteht und die Behandlung medizinisch notwendig ist.

## Bescheinigung ausgestellt von (Name, Fachrichtung):

\_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des Arztes / der Ärztin: \_\_\_\_\_

**Versicherte/r (Unterschrift)**

**Datum**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://versicherungen-experte.com/brief-krankenkasse-kostenubernahme-osteopathie/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://versicherungen-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.