

PERSÖNLICHE ANGABEN

Dieses Bonusheft ist gültig für das Jahr **2022**

BITTE
AUSFÜLLEN
UND ZURÜCK-
SENDEN!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburtstag

Bitte geben Sie hier das Konto an, auf das der Erstattungsbeitrag überwiesen werden soll.

Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber, falls abweichend

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Unterschrift

An die
BKK EWE
Staulinie 16 - 17
26122 Oldenburg

BKK EWE

Staulinie 16 - 17
26122 Oldenburg

Hotline 0800 / 125 53 93
Telefon 0441 / 350 28 51 07
Fax 0441 / 350 28 51 95

www.bkk-ewe.de
info@bkk-ewe.de

Stand 12/2021

ZURÜCK AN UNS

IHR+ BONUS

OSTEOPATHIE UND CHIROPRAKTIK



JETZT
BKK EWE
VORTEIL
GENIESSEN!

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN MUSS BELOHNT WERDEN!

Die Erstattung erfolgt nach Einreichen des ausgefüllten Teilnahmehefts einmalig für das gesamte Kalenderjahr.

Sollten Sie, Ihr Arzt, Ihr Chiropraktiker oder Osteopath vor Behandlungsbeginn noch Fragen zu den Voraussetzungen für die Bezuschussung haben, stehen wir Ihnen telefonisch unter der Nummer 0441/350285107 gerne zur Verfügung.

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Ich halte eine osteopathische und/oder chiropraktische Behandlung aus medizinischen Gründen für notwendig.

Datum

Stempel, Unterschrift



QUALIFIKATION DES OSTEOPATHEN

Ich bestätige, dass ich:

eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert habe, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

und

Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen bin. Berufsverband:

oder

nicht Mitglied eines Berufsverbandes bin. Meine Ausbildungsnachweise sind beigefügt.

bereits in der Liste der anerkannten Osteopathen der

QUALIFIKATION DES CHIROPRAKTIKERS

Ich bestätige, dass ich eine Zulassung:

als Heilpraktiker oder

nach §13 Abs. 4 SGB V habe oder

ich als Arzt ohne Kassenzulassung praktiziere und

Mitglied eines Berufsverbandes der Chiropraktiker bin bzw. die folgende Qualifikation habe. Berufsverband/Qualifikation:

Mir ist bewusst, dass die BKK EWE bei unwahrheitsgemäßen Angaben mir gegenüber ein Recht auf Rückforderung der erbrachten Leistungen hat.

Datum

Stempel, Unterschrift

BESTÄTIGUNG DER BEHANDLUNGSTERMINE*

Es wird bestätigt, dass der Patient an den folgenden Tagen behandelt wurde und dabei folgende Kosten angefallen sind.

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

EUR

Datum	_____
_____	_____

Stempel, Unterschrift

*) Alternativ können die Originalrechnungen eingereicht werden.