

Persönliche Angaben

Bitte ausfüllen und zurücksenden!

Dieses Bonusheft ist ausschließlich gültig für das Jahr 2026.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdag

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

Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber (Pflichtfeld)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Unterschrift

Datenschutzhinweis

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-ewe.de oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

An die
BKK EWE
Donnerschweer Straße 20
26123 Oldenburg

BKK EWE

Donnerschweer Straße 20
26123 Oldenburg

Hotline 0800 / 125 53 93
Tel-Nr. 0441 / 350 28 51 07
Fax 0441 / 350 28 51 95

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

Stand 10/2025



ZURÜCK AN UNS

IHR+
BONUS

2026

OSTEOPATHIE UND
CHIROPRAKTIK

Jetzt BKK EWE Vorteil genießen!

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN MUSS BELOHNT WERDEN!

Die Erstattung erfolgt für maximal sechs Behandlungen. Nicht in Anspruch genommene Behandlungen aus dem Vorjahr können nicht in das Folgejahr übertragen werden.

Bitte lassen Sie die Kosten der Behandlung einfach in das Bonusheft eintragen. Anlagen sind dann nicht mehr erforderlich.

Gerne stehen wir Ihnen unter Tel. 0441 / 350 28 51 07 bei Fragen zur Verfügung.



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 beigelegt.

bereits in der Liste der anerkannten Osteopathen der BKK EWE aufgenommen bin.

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.