

Krankenkasse bzw. Kostenträger BKK Herkules		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am:		
Kassen-Nr. 5530331	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einer osteopathischen Behandlung

Osteopathische Behandlung kann verordnet werden, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Antragsrelevante Diagnose	nach ICD 10
_____	_____
_____	_____

### Medizinische Stellungnahme

Aufgrund der oben genannten Diagnose ist eine osteopathische Behandlung medizinisch indiziert.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mir sind folgende Behandlungskosten entstanden (Bitte fügen Sie die Belege im Original bei.):

- 1. Sitzung \_\_\_\_\_ EUR
- 2. Sitzung \_\_\_\_\_ EUR
- 3. Sitzung \_\_\_\_\_ EUR
- 4. Sitzung \_\_\_\_\_ EUR

Ich bitte um Überweisung der erstattungsfähigen Behandlungskosten auf folgende Bankverbindung:

Name der Bank	IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
---------------	--	----------------------------

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten