

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage bei der  **bkk** melitta hmr

 **bkk** melitta hmr

gemeinsam richtung gesundheit

 **bkk** melitta hmr

ServiceCenter Minden

Postfach 1224

32372 Minden

Für das Kalenderjahr 20 __ __

Hiermit bescheinige ich meinem/meiner Patienten/Patientin

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

dass keine Kontraindikationen gegenüber einer osteopathischen Behandlung vorliegen.

Aus ärztlicher Sicht wird Osteopathie empfohlen.

Ort, Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Bankverbindung des Versicherten/der Versicherten

Geldinstitut

Kontoinhaber

IBAN

DE _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten