

**KKH Kaufmännische Krankenkasse**  
**Leistungen**  
**30125 Hannover**

### **Erklärung des Leistungserbringers**

Ich bestätige, dass ich die folgende Person in meiner Praxis osteopathisch behandelt habe:

Vorname Name: \_\_\_\_\_

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

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ggf. Praxisstempel:

☐ Ich bin ordentliches Mitglied dieses Berufsverbandes mit einer abgeschlossenen osteopathischen Ausbildung:

- ☐ Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. (BAO)
- ☐ Bundesverband Osteopathie e.V. (BVO)
- ☐ Register der traditionellen Osteopathen in Deutschland GmbH
- ☐ Verband der Osteopathen Deutschland e.V.
- ☐ Verband für Osteopathie und Ganzheitliche Therapie e.V.
- ☐ Sonstiger Verband der Osteopathen und zwar:

\_\_\_\_\_

☐ Ich habe eine osteopathische Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. Nachweise meiner Qualifikation in Form einer Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Weiterbildungsbezeichnung „Osteopathie“ habe ich beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Behandler und ggf. Stempel des Berufsverbandes (falls vorhanden)