hkk Krankenkasse
Kundenservice

28185 Bremen

Bescheinigung über osteopathische Behandlungen

Meine Daten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versichertennummer |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PLZ/Ort |_|_|_|_|_| / _____

Die behandelnde Arztpraxis:

Wir befürworten für die Patientin/den Patienten _____ osteopathische Behandlungen:

_____ _____

Datum Unterschrift/Stempel der Ärztin bzw. des Arztes

(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind)

Hinweis zum Datenschutz:
Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.
Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz.