

Persönliche Angaben

Bitte ausfüllen und zurück-senden!

Dieses Bonusheft ist gültig für das Jahr **2023**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburts-tag

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

Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber, falls abweichend.

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
Staulinie 16 - 17
26122 Oldenburg

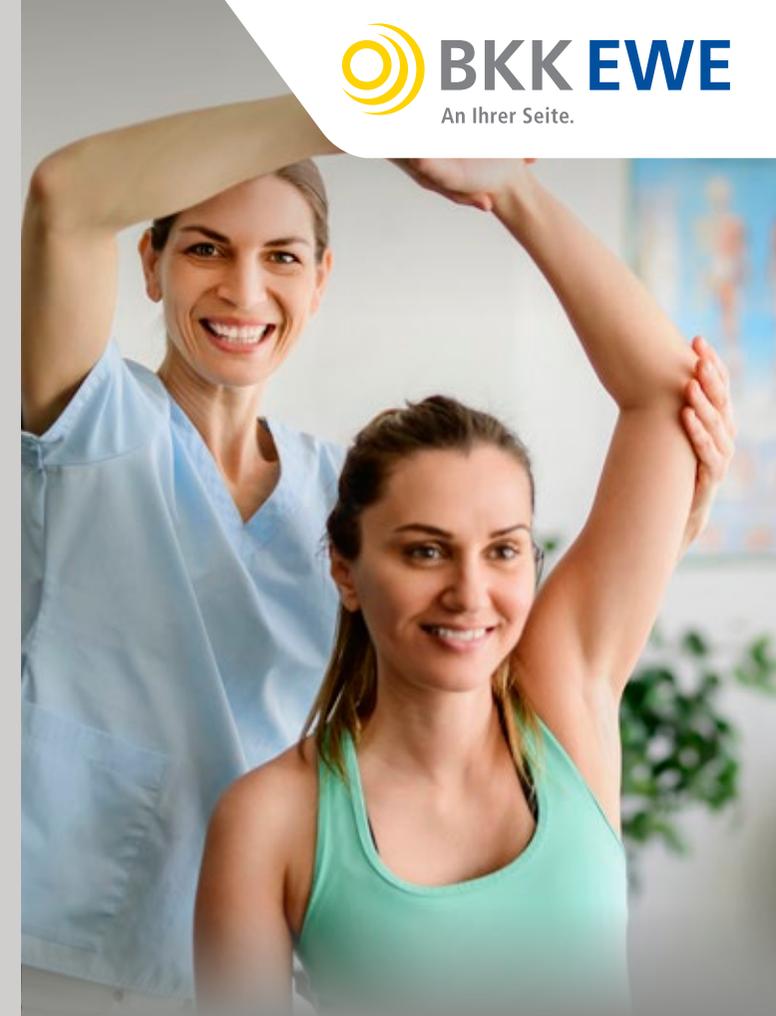
BKK EWE

Staulinie 16 - 17
26122 Oldenburg

Hotline 0800 / 125 53 93
Telefon 0441 / 350 28 51 07
Fax 0441 / 350 28 51 95

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

Stand 08/2022



ZURÜCK AN UNS

IHR+ BONUS

OSTEOPATHIE UND CHIROPRAKTIK

Jetzt BKK EWE Vorteil genießen!

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN MUSS BELOHNT WERDEN!

Die Erstattung erfolgt einmal im Kalenderjahr für maximal 6 Behandlungen. Die ärztliche Verordnung gilt nur für das Kalenderjahr in dem sie ausgestellt wurde. Eine Übernahme von Behandlungen in das Folgejahr ist nicht möglich. Bitte lassen Sie die ärztliche Bestätigung und die Kosten der Behandlung einfach in das Bonusheft eintragen. Anlagen sind dann nicht mehr erforderlich. Gerne stehen wir Ihnen unter Tel. 0441/35028-5107 bei Fragen zur Verfügung



ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Ich halte eine osteopathische und/oder chiropraktische Behandlung aus medizinischen Gründen für notwendig.

Datum

Stempel, Unterschrift

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

*) Alternativ können die Originalrechnungen eingereicht werden.