

# Persönliche Angaben

Bitte ausfüllen und zurücksenden!

Dieses Bonusheft ist gültig für das Jahr **2025**.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburtsstag

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](http://www.bkk-ewe.de) oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

An die  
**BKK EWE**  
Donnerschweer Straße 20  
26123 Oldenburg

## BKK EWE

Donnerschweer Straße 20  
26123 Oldenburg

Hotline 0800 / 125 53 93  
Tel-Nr. 0441 / 350 28 51 07  
Fax 0441 / 350 28 51 95

[www.bkk-ewe.de](http://www.bkk-ewe.de)  
[info@bkk-ewe.de](mailto:info@bkk-ewe.de)

Stand 10/2024



ZURÜCK AN UNS

**IHR+**  
**BONUS**  
2025

**OSTEOPATHIE UND  
CHIROPRAKTIK**

Jetzt BKK EWE Vorteil genießen!

## GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN MUSS BELOHNT WERDEN!

Die Erstattung erfolgt für maximal sechs Behandlungen. Nicht in Anspruch genommene Behandlungen aus dem Vorjahr können nicht in das Folgejahr übertragen werden.

Bitte lassen Sie die Kosten der Behandlung einfach in das Bonusheft eintragen. Anlagen sind dann nicht mehr erforderlich.

Gerne stehen wir Ihnen unter Tel. 0441 / 350 28 51 07 bei Fragen zur Verfügung.



## 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 beigefügt.
- 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

EUR

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

EUR

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

EUR

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

EUR

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

EUR

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

\*) Alternativ können die Originalrechnungen eingereicht werden.