

# Erstattungsantrag für die Mehrleistung „Osteopathie“

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
KV-Nr.:

Ich habe osteopathische Leistungen in Anspruch genommen und beantrage Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung.

Behandlungstage waren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

Geldinstitut :  
Bankleitzahl :  
Kontonummer :  
Kontoinhaber :  
(falls abweichend)

Datum:

Unterschrift:

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie Erklärung und Rechnung des Leistungserbringers sind beigefügt.