

# Leistungen zur Osteopathie

## BESCHEINIGUNG/ EMPFEHLUNG DES ARZTES

**Hiermit bescheinige ich meiner Patientin/ meinem Patient**

--	--

Vorname

Name

--	--

Geburtsdatum

Krankenversicherung/ Vers.-Nummer

- **dass keine Kontraindikationen gegenüber einer osteopathischen Behandlung vorliegen**
- **dass eine osteopathische Behandlung empfohlen wird**

--	--

Ort, Datum

Unterschrift/ Praxisstempel

## NACHWEIS DER OSTEOPATHISCHEN QUALIFIKATION (vom behandelnden Osteopathen auszufüllen)

**Ich bestätige, dass ich Mitglied in einem der folgenden Berufsverbände der Osteopathen bin:**

- Bundesverband Kinderosteopathie e.V. - BVKO
- Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. – BAO
- Bundesverband Osteopathie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für osteopathische Medizin e.V – DGOM
- Freie Heilpraktiker e.V.
- Verband der Osteopathen Deutschland e.V. - VOD
- Sonstige Berufsverbände: \_\_\_\_\_

--	--

Ort, Datum

Unterschrift/ Praxisstempel