

# Erstattungsantrag für die Mehrleistung „Osteopathie“

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

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 beigelegt.