Empfehlungsschreiben zur Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse

Allgemeine Angaben des Versicherten

Krankenversicherungs-Nummer : .....

Name : .....

Geburtsdatum : .....

Strasse . Haus Nr. : .....

PLZ . Wohnort : .....

Zur Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse befürworten wir für die vorgenannte Patientin / den vorgenannten Patienten eine osteopathische/komplementärmedizinische Behandlung.

: .....

Ort . Datum

: .....

Praxisstempel . Unterschrift

Osteo - Darmstadt | Mina Rees Straße 5 | 64295 Darmstadt | T. 06151 . 6277555