

Bescheinigung

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name:

.....

Datum:.....

Der o.g. Patient/ die o.g. Patientin wünscht eine Osteopathiebehandlung.

Für eine Empfehlung fehlen mir leider detaillierte Kenntnisse der Methodik
Und der Indikationen der Osteopathie.

Ich sehe jedoch keine grundsätzlichen Einwende gegen einen Behandlungsversuch.

Arztstempel

.....