

zurück an :

BKK\_Dürkopp Adler  
Potsdamer Str. 190  
33719 Bielefeld

Fax-Nr. : 0521/26077-30

**Erklärung – Ausbildung Osteopathie**

Zur Vorlage bei der BKK\_DürkoppAdler

Für Patient/in : \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied in einem in der Anlage aufgeführten Berufsverband

\_\_\_\_\_  
Verband bitte eintragen

Ich bin Mitglied ein einem anderen Berufsverband

\_\_\_\_\_  
Verband bitte eintragen

Ich besitze ein Zertifikat/Siegel der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V.  
( bitte Nachweis einreichen)

Hiermit bestätige ich, dass ich als Osteopath/in die Ausbildung eines Osteopathen, die zum Beitritt in einem Osteopathieverband berechtigt, (Regeldauer 4-5 Jahre) im Umfang von mindestens 1350 Stunden erfolgreich (mit Abschlusszertifikat) absolviert habe.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel