

# Antrag auf Anerkennung als qualifizierte/r Osteopath/in

Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

## Ihre persönlichen Angaben\*

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_

Festnetznummer privat

\_\_\_\_\_

Festnetznummer geschäftlich

\_\_\_\_\_

Faxnummer geschäftlich

\_\_\_\_\_

Handynummer geschäftlich

## Angaben zu Ihrer Qualifikation

Meine medizinische Grundqualifikation

Arzt/Ärztin

Physiotherapeut/in

Heilpraktiker/in

Sonstige Grundqualifikation \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied in einem osteopathischen Berufsverband

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem?

ÄMM

BAO

bvFO

BVO

DÄGO

DGCO

DGMM

DGOM

DVOM

hpO

ROD

VOD

Sonstiger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Fügen Sie dem Antrag bitte folgende Nachweise als Anhang bei:

- Nachweis über medizinische Grundqualifikation
- Nachweis über ordentliche Mitgliedschaft in einem der aufgeführten Berufsverbände

**oder**

- Urkunde über erfolgreich abgeschlossene Ausbildung (optional - falls Sie kein Mitglied in einem der aufgeführten Berufsverbände sind)

**Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Einwilligungserklärung und Versicherung vollständiger und wahrheitsmäßiger Angaben**

- Ich bin einverstanden, dass mein Vor- und Nachname, die Anschrift, meine Telefonnummer und E-Mail-Adresse sowie meine Grundausbildung auf der SBK-Osteopathen-Suche auf [sbk.org/osteopathie](http://sbk.org/osteopathie) veröffentlicht werden. Mein Einverständnis an dieser Stelle hat keinen Einfluss auf die Zertifizierung durch die SBK. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos per E-Mail an [osteopathie@sbk.org](mailto:osteopathie@sbk.org) widerrufen.
- Ich bin einverstanden, dass mein Vor- und Nachname, die Anschrift, meine Telefonnummer und E-Mail-Adresse sowie meine Grundausbildung durch die SBK verarbeitet werden. Diese Einwilligung ist Voraussetzung für die Zertifizierung durch die SBK. Sie gilt auch für zukünftige Änderungen meiner Daten. Mein Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos per E-Mail an [osteopathie@sbk.org](mailto:osteopathie@sbk.org) widerrufen. Ein Widerruf führt zu einem Wegfall der Zertifizierung durch die SBK.
- Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben die Aufhebung einer Zertifizierung durch die SBK nach sich ziehen kann. Diese Zusicherung ist Voraussetzung für die Zertifizierung durch die SBK.

\* Die SBK verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen für die satzungsgemäße Leistungserbringung sowie zur Veröffentlichung auf dem Internetauftritt der SBK, um Versicherten dort das Auffinden Ihrer Angaben zu ermöglichen. Rechtsgrundlage ist eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a DSGVO i.V.m. § 67 SGB X. Die Daten werden gelöscht, wenn sie für genannte Zwecke nicht mehr benötigt werden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter [sbk.org/datenschutz](http://sbk.org/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

### **Gut zu wissen:**

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zusammen mit dem erforderlichen Nachweis eingescannt zurück per E-Mail an [osteopathie@sbk.org](mailto:osteopathie@sbk.org).

Sollten sich Änderungen Ihrer Daten, wie zum Beispiel Ihrer Adresse, ergeben, können Sie uns das ganz formlos per E-Mail an [osteopathie@sbk.org](mailto:osteopathie@sbk.org) mitteilen.