

(ATEM-)PHYSIOTHERAPIE PAKETE

Paket 1 – Kombipaket (Einzel- und Gruppentherapie)

Verordnung:

- 10x (Atem-)Physiotherapie Einzel 45min (10x Pos.Nr. 103)
- 10x (Atem-)Physiotherapie Gruppe 60min (10x Pos.Nr. 107)

Preis:

- Preis Einzel pro Termin: 66 €
- Preis Gruppe pro Termin: 33 €

Gesamtpreis Paket 1: **990 €**

Selbstbehalt je Einheit im Paket: **20-25 €**

Paket 2 – Einzelphysiotherapie

Verordnung:

- 10x (Atem-)Physiotherapie Einzel 60 min (10x Pos.Nr. 103 +201)

Preis:

- Preis Einzel pro Termin: 77 €

Gesamtpreis Paket 2: **770 €**

Selbstbehalt je Einheit im Paket: **30-35 €**

Paket 3 – Einzelphysiotherapie Hausbesuch

Verordnung:

- 10x (Atem-)Physiotherapie Einzel, Hausbesuch 60 min (10x Pos.Nr. 103 +201+1101)

Preis:

- Preis Einzel pro Termin: 110 €

Gesamtpreis Paket 3: **1100 €**

Selbstbehalt je Einheit im Paket: **40-45 €**



Paket 1 – Kombipaket (Einzel- und Gruppentherapie)

TGKK THERAPIE VERORDNUNG			GK für	BK für	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstver.	2 Pensionist (Pensionist)	3 Kriegs- toten- Mittlerer)	4 Zwischen- staatl. Soz.	G T
Die Behandlung muss innerhalb von 30 Tagen begonnen werden.					Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Therapeut bzw. Krankenanstalt:					Reha Innsbruck – REHamed-tirol Grabenweg 9, 6020 Innsbruck					
Familien-/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer	Anzahl	Leistungsart		Behandlungsdauer				
Patient:			10x	AtemPT – 103		45min				
Max Mustermann		0000 01 01 80	10x	AtemPT – 107		60min				
Anschrift			Diagnose:							
Musterstraße 1, 6020 Musterstadt			Verordnung und Diagnose							
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)			<input type="checkbox"/> Z. n. Operation (evtl. Datum: _____) <input type="checkbox"/> konservativ							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			Bewegungseinschränkung bzw. Symptome für evtl. Folgeerkrankungen:							
Musterarbeitgeber			Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung wird bestätigt.							
VORBEZUG: Anzahl			Bewilligungsdatum:			ICD 10:				
Der Leistungsanspruch ist gegeben. Für die Leistungsabteilung/Servicestelle:			Ausstellungstag			Unterschrift und Stempel des Arztes				
Datum			Unterschrift und Stempel			Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:			Unterschrift und Stempel	

Paket 2 – Einzelphysiotherapie

TGKK THERAPIE VERORDNUNG			GK für	BK für	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstver.	2 Pensionist (Pensionist)	3 Kriegs- toten- Mittlerer)	4 Zwischen- staatl. Soz.	G T
Die Behandlung muss innerhalb von 30 Tagen begonnen werden.					Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Therapeut bzw. Krankenanstalt:					Reha Innsbruck – REHamed-tirol Grabenweg 9, 6020 Innsbruck					
Familien-/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer	Anzahl	Leistungsart		Behandlungsdauer				
Patient:			10x	AtemPT – 103		45min				
Max Mustermann		0000 01 01 80	10x	Hellmassage – 201		15min				
Anschrift			Diagnose:							
Musterstraße 1, 6020 Musterstadt			Verordnung und Diagnose							
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)			<input type="checkbox"/> Z. n. Operation (evtl. Datum: _____) <input type="checkbox"/> konservativ							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			Bewegungseinschränkung bzw. Symptome für evtl. Folgeerkrankungen:							
Musterarbeitgeber			Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung wird bestätigt.							
VORBEZUG: Anzahl			Bewilligungsdatum:			ICD 10:				
Der Leistungsanspruch ist gegeben. Für die Leistungsabteilung/Servicestelle:			Ausstellungstag			Unterschrift und Stempel des Arztes				
Datum			Unterschrift und Stempel			Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:			Unterschrift und Stempel	

Paket 3 – Einzelphysiotherapie Hausbesuch

TGKK THERAPIE VERORDNUNG			GK für	BK für	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstver.	2 Pensionist (Pensionist)	3 Kriegs- toten- Mittlerer)	4 Zwischen- staatl. Soz.	G T
Die Behandlung muss innerhalb von 30 Tagen begonnen werden.					Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Therapeut bzw. Krankenanstalt:					Reha Innsbruck – REHamed-tirol Grabenweg 9, 6020 Innsbruck					
Familien-/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer	Anzahl	Leistungsart		Behandlungsdauer				
Patient:			10x	AtemPT – 103		45min				
Max Mustermann		0000 01 01 80	10x	Hellmassage – 201		15min				
Anschrift			Diagnose:							
Musterstraße 1, 6020 Musterstadt			Verordnung und Diagnose							
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)			<input type="checkbox"/> Z. n. Operation (evtl. Datum: _____) <input type="checkbox"/> konservativ							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			Bewegungseinschränkung bzw. Symptome für evtl. Folgeerkrankungen:							
Musterarbeitgeber			Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung wird bestätigt.							
VORBEZUG: Anzahl			Bewilligungsdatum:			ICD 10:				
Der Leistungsanspruch ist gegeben. Für die Leistungsabteilung/Servicestelle:			Ausstellungstag			Unterschrift und Stempel des Arztes				
Datum			Unterschrift und Stempel			Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:			Unterschrift und Stempel	