

MUSTER-VERORDNUNG (ATEM-)PHYSIOTHERAPIE

Paket 1: Kombipaket Einzel- und Gruppentherapie

TGKK THERAPIE VERORDNUNG			GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionistin Pensionist	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	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																										
Max Mustermann		0000 01 01 80	10x	AtemPT Einzel – 103		45min																				
			10x	AtemPT Gruppe – 107		60min																				
Anschrift Musterstraße 1, 6020 Musterstadt						Diagnose:					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) Musterarbeitgeber						Bewegungseinschränkung bzw. Symptome für evtl. Folgetherapien:																				
VORBEZUG: Anzahl						Bewilligungsdatum:						ICD 10:														
Der Leistungsanspruch ist gegeben. Für die Leistungsabteilung/Servicestelle:						Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung wird bestätigt.					Unterschrift Arzt/Ärztin															
Datum						Unterschrift und Stempel						Ausstellungstag					Unterschrift und Stempel des Arztes									
Datum						Unterschrift und Stempel						Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:					Datum					Unterschrift und Stempel				