

MUSTER-VERORDNUNG (ATEM-)PHYSIOTHERAPIE

Paket 2: Einzeltherapie

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	
			Tag	Monat	Jahr	10x	Heilmassage – 201	15min	
Anschrift Musterstraße 1, 6020 Musterstadt				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.					
Datum				Unterschrift und Stempel		Ausstellungstag			
Datum				Unterschrift und Stempel		Unterschrift und Stempel des Arztes			
Datum				Unterschrift und Stempel		Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:			
Datum				Unterschrift und Stempel		Datum			
Datum				Unterschrift und Stempel		Datum			