

MUSTER-VERORDNUNG (ATEM-)PHYSIOTHERAPIE

Paket 3: Einzeltherapie Hausbesuch

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	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Die Behandlung muss innerhalb von 30 Tagen begonnen werden.				Therapeut bzw. Krankenanstalt: Reha Innsbruck – REHamed-tirol Grabenweg 9, 6020 Innsbruck						
Familien-/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer		Anzahl	Leistungsart		Behandlungsdauer			
Patient		0000 01 01 80		10x	AtemPT Einzel – 103		45min			
Max Mustermann		Tag Monat Jahr		10x	Heilmassage – 201		15min			
					Hausbesuch – 1101					
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		
				Ausstellungstag		Unterschrift und Stempel des Arztes				
				Genehmigung durch den Ärztlichen Dienst: ICD 10:						
Datum				Unterschrift und Stempel		Datum				
Datum				Unterschrift und Stempel		Datum				