

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													
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 <small>Tag Monat Jahr</small>			10x			AtemPT Einzel – 103			45min								
									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						Unterschrift und Stempel					