

Patient(in)
 Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
 Teststraße 1
 6900 Bregenz

Versicherte(r)
 Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)
 XX
 XX

Diagnose/Begründung (bei mehr als 6 Behandlungen oder einer Folgeverordnung ist eine ausführliche Diagnose bzw. Begründung notwendig!)
 XX
 XX
 XX
 XX

Therapieziel
 XX
 XX
 XX

Zuweisung an (*1)
 Physiotherapie (od. Name)

VPNR, Stempel und Unterschrift des Ausstellers

Ausstellungsdatum

Angaben für den/die Therapeuten(in)				Bewilligung durch den Träger	
Art der Behandlung	Anzahl	Dauer	Region	Anzahl	Dauer

Die Bewilligung (*2) erfolgt im Rahmen der Krankenbehandlung oder als Inlandskurpauschale

Eingang

Erfassung

Stempel und Unterschrift des Trägers

- (*1) Die Behandlung kann bei Vertragspartnern und bei den vom Krankenversicherungsträger anerkannten Wahleinrichtungen in Anspruch genommen werden. Wird die Behandlung von einer anerkannten Wahleinrichtung erbracht, können Kosten **in Höhe von 80% der gültigen Vertragstarife** erstattet werden.
- (*2) Kosten können nur nach **vorheriger Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger** übernommen werden.

Physikalische Behandlungen

	Datum	Behandlungsart und Zeit	Therapeut	Unterschrift Patient(in)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Es sind bei der Verordnung/Bewilligung von Heilmassagen wöchentlich mindestens 2 Behandlungen, bei allen anderen Therapien mindestens eine Behandlung pro Woche in Anspruch zu nehmen, sofern vom Arzt nichts anderes angeordnet ist.