

Verordnung zur physikalischen Behandlung		ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. X	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
		N									
		Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Patient/in ist arbeitsunfähig: ☐ ja nein ☒		Bearbeitungsvermerk der Kasse ☐ Anspruch kein Anspruch ☐				Bewilligung durch die Chefärztin/den Chefarzt ☐ _____ Anwendungen bewilligt abgelehnt ☐ ☐ bewilligt Hausbesuch abgelehnt ☐ ☐ Vermerke siehe Rückseite			Behandlungsdatum Unterschrift der Patientin/ des Patienten		
FamiliennamenamVornameVersicherungsnummer Patient/in2491 01 11 83 TagMonatJahr PIRKMAYER Alexander					1						
Anschrift Hasengasse 12/34, 1100 Wien					Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des Chefarztes/Sachbearbeiters			2			
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) TagMonatJahr					Bearbeitungsvermerk der Vertragspartnerin/des Vertragspartners:			3			
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)								4			
DiagnoseDiskusprolaps LWS mit Foramenstenose, Lumbago					DatumUnterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners			5			
Anzahl und Art der Behandlungen10x TCM a 50min. +10x Shiatsu a 50min.					Verrechnet am_____			6			
Dr. med. SHARIFI Arzt für Allgemeinmedizin Favoritenstraße 87/2, 1100 Wien Tel.: 01 361 0506 191733								7			
05.02.2025					DatumStempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners			8			
Datum der Verordnung		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes			Bitte Rückseite beachten!			9			
								10			