

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						Behandlungsdatum Unterschrift der Patientin/ des Patienten					
Familienname						Vorname						Versicherungsnummer						☐ _____ Anwendungen bewilligt ☐ abgelehnt ☐ bewilligt Hausbesuch ☐ abgelehnt ☐ Vermerke siehe Rückseite Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des Chefarztes/Sachbearbeiters Bearbeitungsvermerk der Vertragspartnerin/des Vertragspartners: Datum Unterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners Verrechnet am _____ Datum Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners Bitte Rückseite beachten!					
Patient/in						2491 01 11 83																	
PIRKMAYER Alexander						Tag Monat Jahr																	
Anschrift						Hasengasse 12/34, 1100 Wien																	
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)						Tag Monat Jahr						1											
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)												2											
Diagnose						Diskusprolaps LWS mit Foramenstenose, Lumbago						3											
Anzahl und Art der Behandlungen						10x Heilmass. a 60min. + 10x HG a 60min.						4											
Dr. med. SHARIFI Arzt für Allgemeinmedizin Favoritenstraße 87/2, 1100 Wien Tel.: 01 361 0506 191733 05.02.2025 Datum der Verordnung						Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes						5											
												6											
												7											
												8											
												9											
												10											