

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																							
Anschrift Hasengasse 12/34, 1100 Wien								Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des Chefarztes/Sachbearbeiters				1											
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)				TagMonatJahr				Bearbeitungsvermerk der Vertragspartnerin/des Vertragspartners:				2											
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)												3											
DiagnoseDiskusprolaps LWS mit Foramenstenose, Lumbago								DatumUnterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners				4											
Anzahl und Art der Behandlungen10x Heilmass. a 60min. + 10x HG a 60min.								Verrechnet am_____				5											
Dr. med. SHARIFI Arzt für Allgemeinmedizin Favoritenstraße 87/2, 1100 Wien Tel.: 01 361 0506 191733								DatumStempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners				6											
								DatumStempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners				7											
05.02.2025				Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes				Bitte Rückseite beachten!				8											
												9											
												10											