

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/in		2491 01 11 83						1			
PIRKMAYER Alexander		TagMonatJahr						2			
Anschrift		Hasengasse 12/34, 1100 Wien						3			
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		TagMonatJahr		Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des Chefarztes/Sachbearbeiters				4			
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)				Bearbeitungsvermerk der Vertragspartnerin/des Vertragspartners:				5			
Diagnose		Diskusprolaps LWS mit Foramenstenose, Lumbago		DatumUnterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners				6			
Anzahl und Art der Behandlungen		10x TCM a 50min. +10x Shiatsu a 50min.		Verrechnet am				7			
		Dr. med. SHARIFI Arzt für Allgemeinmedizin Favoritenstraße 87/2, 1100 Wien Tel.: 01 361 0506 191733						8			
05.02.2025		191733		DatumStempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners				9			
Datum der Verordnung		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes		Bitte Rückseite beachten!				10			