

Verordnung zur physikalischen Behandlung

ÖGK

Andere Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.

5
Pensionist/in

7
Kriegshinter-
bliebene/r

9

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 _____

Scherer Wolfgang
ÖGK-W **5414240963 24.09.196**
1927904 SPG II
Wiener Straße 60/11/9
A-3002 Purkersdorf

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Diagnose *Fract. malleol. sin. nerv. nerv. (Gehörk)*

Anzahl und Art
der Behandlungen
10x 45min EHG
10x 15min MM

Österreichische Gesundheitskasse
Mein Hanusch-Krankenhaus

7.9.13
Datum der Verordnung *Orthopädie und Traumatologie*
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

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
11-ÖGK12/204. 01.01.2020 **Bitte Rückseite beachten!**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Vermerke des Krankenversicherungsträgers: