

Österreichische Gesundheitskasse
Vertragspartnerservice
z.H. Frau Carina Kail
Gruberstraße 77
4021 Linz

Per Mail an: carina.kail@oegk.at

FRAGEBOGEN

zur freiberuflichen Berufsausübung
als Wahlphysiotherapeutin/Wahlphysiotherapeut

1. Persönliche Daten

Familien- und Vorname:

VSNR/Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

2. Grundvoraussetzungen für Kostenerstattungen

1. **Nachweis** über die **Eintragung in das Gesundheitsberuferegister**
(Kopie der Bestätigung der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist beizulegen)

2. **Berufserfahrung** nach Abschluss der Berufsausbildung

Damit eine Kostenerstattung für unsere Versicherten geleistet werden kann, ist **entweder** die Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes im Rahmen einer **Vollzeittätigkeit** von zumindest **einem Jahr** (bei Teilzeit entsprechend länger)

- im Dienstverhältnis zum Träger einer Krankenanstalt oder
- im Dienstverhältnis zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehender Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen oder
- im Dienstverhältnis zu freiberuflich tätigen ÄrztInnen oder
- im Anstellungsverhältnis zu freiberuflich tätigen PhysiotherapeutInnen mit Niederlassungsort in einem EU-Mitgliedstaat, in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder
- im Dienstverhältnis zu einer sonstigen im Bereich der Krankenbehandlung tätigen Institution, wenn das Kriterium „intensive Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit ÄrztInnen bzw. mit anderen Gesundheitsberufen“ erfüllt ist,

vorzuweisen **oder**

eine freiberufliche Tätigkeit von mindestens drei Jahren.

Wir ersuchen Sie daher um Befüllung der Tabelle oder im Falle der freiberuflichen Tätigkeit um Übermittlung des Nachweises über die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister.

Beschäftigung als Physiotherapeutin/Physiotherapeut:

Name des Dienstgebers	Zeitraum (Monat/Jahr)	Anzahl der Wochenstunden
	bis	
	bis	
	bis	
	bis	

3. Angaben zu Ihrem Berufssitz

Bezirk:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

4. Beilage in Kopie

Nachweis über die Eintragung in das **Gesundheitsberuferegister**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und werde allfällige Änderungen unverzüglich bekanntgeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

IHRE ANSPRECHPARTNER

Allgemeine Auskünfte

Frau Carina Kail, E-Mail: carina.kail@oegk.at, Tel.: 05 0766 – 14 104812

Fragen zur Kostenerstattung

Team Kostenerstattung, E-Mail: wahlarzthilfe@oegk.at, Tel.: 05 0766 – 14 504910