

# 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

\_\_\_\_\_ Anwendungen bewilligt abgelehnt

bewilligt Hausbesuch abgelehnt

Vermerke siehe Rückseite

Behandlungsdatum  
Unterschrift der Patientin/  
des Patienten

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

Tag Monat Jahr

1

Anschrift

2

3

Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Tag Monat Jahr

4

5

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

6

Diagnose

Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des  
Chefarztes/Sachbearbeiters

Bearbeitungsvermerk der  
Vertragspartnerin/des Vertragspartners:

7

Anzahl und Art  
der Behandlungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/  
des Vertragspartners

Verrechnet am \_\_\_\_\_

8

9

Datum der Verordnung

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Datum Stempel der Vertragspartnerin/  
des Vertragspartners

11-ÖGK 12/204. 01.01.2020 **Bitte Rückseite beachten!**

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](http://www.gesundheitskasse.at).

---

Vermerke des Krankenversicherungsträgers: