

Beiblatt amb. traumatologisch-orthopädische/neurologische Rehabilitation

Familiennamen	Vorname	Versicherungsnummer
Patient		_____ Tag _____ Monat _____ Jahr
Anschrift		
Diagnose:		
Fachärztliche Begründung:		
Amb. traumat. Rehabilitation: <input type="checkbox"/> Physio Intensiv I <input type="checkbox"/> Physio Intensiv II <input type="checkbox"/> Physio Intensiv III Operation am:	Neurologische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde <input type="checkbox"/> Hausbehandlung <input type="checkbox"/> Verlängerung	
Vertragspartnernummer:		
Name der Einrichtung:		
Datum	Stempel und Unterschrift (Arzt)	
Bewilligung der Kasse:	Bewilligung des Medizinischen Dienstes:	
Datum	Stempel und Unterschrift	Datum
	Stempel und Unterschrift	

18-ÖGK-X/44

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Beiblatt amb. traumatologisch-orthopädische/neurologische Rehabilitation

Familiennamen	Vorname	Versicherungsnummer
Patient		_____ Tag _____ Monat _____ Jahr
Anschrift		
Diagnose:		
Fachärztliche Begründung:		
Amb. traumat. Rehabilitation: <input type="checkbox"/> Physio Intensiv I <input type="checkbox"/> Physio Intensiv II <input type="checkbox"/> Physio Intensiv III Operation am:	Neurologische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde <input type="checkbox"/> Hausbehandlung <input type="checkbox"/> Verlängerung	
Vertragspartnernummer:		
Name der Einrichtung:		
Datum	Stempel und Unterschrift (Arzt)	
Bewilligung der Kasse:	Bewilligung des Medizinischen Dienstes:	
Datum	Stempel und Unterschrift	Datum
	Stempel und Unterschrift	

18-ÖGK-X/44

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.