

**FRAGEBOGEN**

**zur freiberuflichen Berufsausübung**

**als Wahlphysiotherapeutin bzw. Wahlphysiotherapeut**

1. **Persönliche Daten**

Familien- und Vorname:

VSNR/Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

1. **Grundvoraussetzungen für Kostenerstattungen**
2. **Nachweis** über die **Eintragung in das Gesundheitsberuferegister**

(Kopie der Bestätigung der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist beizulegen)

1. **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 bzw. Ärzten
* im Anstellungsverhältnis zu freiberuflich tätigen Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten 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 und Ärzten 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 bzw. Physiotherapeut:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name der Dienstgeberin bzw. des Dienstgebers** | **Zeitraum**  **(Monat/Jahr)** | **Anzahl der Wochenstunden** |
|  | bis |  |
|  | bis |  |
|  | bis |  |
|  | bis |  |

1. **Angaben zu Ihrem Berufssitz**

Bezirk:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

1. **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