physioaustria
kärnten

PHYSIOTHERAPIE

Zuweisung an PhysiotherapeutIn

Name des/der PatientIn

VORNAME _____ NACHNAME _____

STRASSE / HAUSNUMMER / STIEGE / TÜR _____

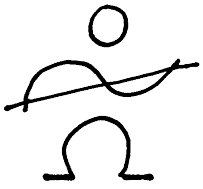
PLZ _____ ORT _____

VERSICHERUNGSNUMMER _____ TAG MONAT JAHR _____

Name des/der Versicherten

VERSICHERTE/R _____

VERSICHERUNGSNUMMER _____ TAG MONAT JAHR _____



physiogsund
Praxis für Physiotherapie
Inh.: PT Robert John
Lind im Drautal 207
9753 Kleblach-Lind
Tel.: 0660/6848580
Fax.: 0463/265526-7473
r.john@physiogsund.at
www.physiogsund.at

Diagnose

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANZAHL

_____ O Physiotherapie 30 min.

_____ O Physiotherapie 45 min.

_____ O Physiotherapie 60 min.

_____ O Heilmassage

_____

_____ O Medizinische Trainingstherapie

_____ O Gruppentherapie

_____

_____ O Elektrotherapie

_____

_____ O Moor-, Schlamm-, Fangopackungen

O Hausbesuch (PatientIn gehunfähig)

DATUM _____ UNTERSCHRIFT DES ARZTES/DER ÄRZTIN _____