



physioaustria
kärnten

PHYSIOTHERAPIE

ZUWEISUNG an PhysiotherapeutIn

Name d. PatientIn

DIAGNOSE:

Anschrift

Vers.-Nr. | Tag | Monat | Jahr

Versicherter

Vers.-Nr. | Tag | Monat | Jahr

Anzahl

Anzahl

Physiotherapie 30 Min.

Elektrotherapie

Physiotherapie 45 Min.

Physiotherapie 60 Min.

Heilmassage

Kryotherapie

Med. Trainingstherapie

Moor-, Schlamm-, Fangopackungen

Gruppentherapie

Hausbesuch (Patient gehunfähig)

Datum

Unterschrift des Arztes