

.....
Name

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin/Facharzt für.....

.....
Anschrift des Arztes

.....
Ort

.....
Datum

ANTRAG

auf Honorierung physiotherapeutischer Leistungen (nur für § 2-Kassen)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pos. Nr.	Beantragte Leistung	In Verwendung stehendes Gerät (Herstellerfirma, Type, Baujahr)
<input type="checkbox"/> 530	Dezimeter-Mikrowelle	
<input type="checkbox"/> 531	Faradisator	
<input type="checkbox"/> 532	Galvanisation (Quergalvanisation, Schwellstrom)	
<input type="checkbox"/> 533	Jontophorese	
<input type="checkbox"/> 534	Hochfrequenz (nur für Neurologen)	
<input type="checkbox"/> 535	Anwendung von Wärmestrahlungslampen (Sollunx-, Vitalux-, Profunduslampe)	
<input type="checkbox"/> 536	Chromotherapie (Rot-Blaulicht)	
<input type="checkbox"/> 537	Quarzlichtbestrahlung (Quecksilber und Höhensonne)	
<input type="checkbox"/> 538	Heißluft (Teil[Kopf]-lichtbad)	
<input type="checkbox"/> 540	Pneumomassage des Trommelfelles (nur für Laryngologen)	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pos. Nr.	Beantragte Leistung	In Verwendung stehendes Gerät (Herstellerfirma, Type, Baujahr)
<input type="checkbox"/> 541	Extensionsbehandlung (nur für Chirurgen und Orthopäden) a) Quengeln b) Glissonschebe	
<input type="checkbox"/> 542	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	
<input type="checkbox"/> 543	Exponentialstrom (nur für Neurologen)	
<input type="checkbox"/> 544	Mittelfrequenztherapie; stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	
<input type="checkbox"/> 545	Therapeutischer Ultraschall	

Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!
E-mail: nglaerzte@aekstmk.or.at Fax.: (0316) 8044-135

.....
Unterschrift und Stampiglie des Antragstellers

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

Erledigungsvermerk der Krankenversicherungsträger: