

# Physio Intensiv

(R-Rehab)

|   |  |   |                          |       |
|---|--|---|--------------------------|-------|
| Patient   |  | Sozialversicherungsnummer   |                          |       |
| Vorname   | Nachname                               |   | Tag                      | Monat |
| Anschrift   |  | Jahr  |                          |       |
| Diagnose  |  |   |                          |       |
| Fachärztliche Begründung  |  |   |                          |       |
| <input type="checkbox"/> Physio Intensiv I<br><input type="checkbox"/> Physio Intensiv II<br>Datum des Akutereignisses: ..... |  |   |                          |       |
| Name der Einrichtung: .....   |  |   |                          |       |
| Vertragspartnernummer: .....  |  |   |                          |       |
|   |  | <b>Bewilligung durch SVA</b>  |                          |       |
| Datum   | Stempel und Unterschrift (Arzt/Ärztin) | Datum   | Stempel und Unterschrift |       |
|   |  | <b>Rechtstitel</b><br><input type="checkbox"/> R-PV<br><input type="checkbox"/> R-KV<br><input type="checkbox"/> G-PV |                          |       |

**Reise/Fahrt- bzw. Transportkosten für die Hin- und Rückfahrten werden im Zusammenhang mit „Physio Intensiv“ seitens der SVA nicht übernommen.**