|  |  |
| --- | --- |
|  | **Neurologie**  **Neurologie und Psychiatrie**  **Psychiatrie und Neurologie** |

#### Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung von

# Physiotherapie

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des oö. Gesamtvertrages

**Ausbildung: (nur für Pos. 317):**

* Vorlage eines Zeugnisses über die Ausbildung nach dem „Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum Medizinischen Masseur und zum Heilmasseur“ (MMHmG)
* Die Ausbildung zum/zur „HeilbademeisterIn und HeilmasseurIn“ die nach der alten Rechtslage erworben wurde, wird weiterhin anerkannt.

**Bei einem Wechsel der befugten Hilfskraft ist neuerlich die Vorlage eines Ausbildungsnachweises erforderlich!**

**Geräte:**

**Vorlage**

* der Rechnung samt Zahlungsbestätigung (bei Kauf)
* des Leasingvertrages (bei Leasinggeräten)
* der Übernahmebestätigung (bei Geräten, die vom Vorgänger übernommen wurden)
* des sicherheitstechnischen Prüfberichtes (bei Geräten, die älter als 2 Jahre sind)
* der Gerätebeschreibung

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pos.Nr.** | Positionstext | **Gerät-Type** | | **Frequenz-**  **bereich** | **Erzeuger/**  **Lieferant** | **Bau-jahr** |
| **301** | Galvanisation, Faradisation, Tonisator |  | | Hz |  |  |
| **302** | Kombinierte Ströme (zB Neodynator) |  | | Hz |  |  |
| **305** | Heißluft |  | |  |  |  |
| **306** | Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle, Schwellstrom |  | | Hz |  |  |
| **308** | Iontophorese |  | | Hz |  |  |
| **309** | Ultraschall |  | |  |  |  |
| **310** | Exponentialstrom- bzw. elektr. Impulsbehandlung |  | | Hz |  |  |
| **311** | Zweizellenbad |  | |  |  |  |
| **312** | Vierzellenbad |  | |  |  |  |
| **313** | Extension der HWS, Quengeln |  | |  |  |  |
| **314** | Extension der Brust-, Lendenwirbelsäule |  | |  |  |  |
| **317** | Heilmassage, manuell | | Name der befugten Hilfskraft: | | | |

.............................................. .......................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

des Vertragsarztes/der Vertragsärztin