

Kontakt

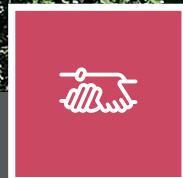
Tel 03862 516 81

Fax DW 414

physio@stadtwerke-bruck.at

physiobruck
PHYSIKALISCHES AMBULATORIUM BRUCK

Der Mensch im Mittelpunkt unserer Bemühungen



Überweisung zur physikalischen Therapie

3 Therapieformen zu je 7 (ÖGK-Versicherte) bzw. 10 (BVAEB-, SVS-Versicherte) Einheiten.

Bei 3 Therapieformen ist eine **aktive Therapieform** obligat (Bewegungstherapie Einzel- oder Gruppe).

Indikationen

Physiotherapie

Pos. 550 > Bewegungstherapie - Einzel 30min
Pos. 581 > Bewegungstherapie - Einzel 45min.

Bis zu **3 Monate postoperativ; neurologische Erkrankungen** mit signifikanten Defiziten;
Polytraumen

Pos. 555 > Bewegungstherapie - Gruppe 60min.
Bei **allen Indikationen** mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich, bei denen eine **Einzeltherapie nicht notwendig** ist (Haltungsschwäche, Bein- und Fußfehlstellungen, Osteoporose,...)

Pos. 582 > Spezielle Bewegungstherapie - 60min.
Kinder: Cerebralparese, SHT, Apallisches Syndrom, MS, ALS
Erwachsene: Querschnittlähmungen, ALS, Apoplexie, MS



Heilmassagen/ Komplexe Entstauungstherapie

Pos. 546 > Manuelle Teilmassage 15min.
Chronische bzw. subakute WS-Beschwerden
inkl. Schulter- und Hüftgürtel

Pos. 577 > Komplexe Entstauungstherapie 30min.
Nachbehandlung nach Operationen innerhalb von 3 Monaten, nur in Kombination mit Bewegungstherapie

Pos. 529 > Komplexe Entstauungstherapie 50min.
Bei **sekundären Lymphödemen**
(Karzinomerkrankungen, Lymphadenektomie)

Pos. 527 > Komplexe Entstauungstherapie 70min.
Bei **primären und sekundären Lymphödemen**,
(Karzinomerkrankungen, Lymphadenektomie);
inklusive Anlegen eines Kompressionsverbandes



Thermo-/Hydro-/ Balneotherapie

Pos. 537 > Kurz-, Mikrowelle 10min.
chron. und subakute WS-Beschwerden, Arthrosen

Pos. 570 > Moorpackung oder Parafango, bzw. Schlammpackung
chron. und subakute WS-Beschwerden, Arthrosen

Pos. 543 > Rot- oder Blaulicht 10min.
chron. und subakute WS-Beschwerden, Arthrosen

Pos. 561 / 562 / 563 > Heilbäder 20min.
chron. und subakute WS-Beschwerden, Arthrosen

Pos. 589 > Kryotherapie
nur in Kombination mit Bewegungstherapie



Elektrotherapie

Pos. 531 > Jontophorese 15min.
Bursitiden, Tendinopathien, Arthrosen

Pos. 539 / 540 > Zweizellenbad / Vierzellenbad 15min.
Neuralgien, Polyneuropathien, Mb. Sudeck, periphere Paresen, thesien, Dysästhesien, Arthrosen

Pos. 552 > Elektrophysikalische Therapie 10 min.
Muskelatrophien, periphere Paresen, WS-Beschwerden, Arthrose, rheumatoide Arthritis, Kopfschmerz, diabetische Polyneuropathie

Pos. 591 > Ultraschall / Phonophorese 5min.
Tendinopathien, CTS, Arthrosen, Bursitiden



Überweisung zur Ergotherapie

Ausstellen einer separaten **Überweisung zur Ergotherapie** ohne Angabe von Einheiten.

Für **zusätzliche physikalische Therapien** wird ein 2. Überweisungsschein benötigt.

Nach der **Erstbefundung der Ergotherapeutin** **beantragt diese selbst die benötigte Therapielänge und Anzahl** der Einheiten.

Indikationen:

Bei Frakturen des **Armes und der Hand**, Erkrankungen der **Wirbelsäule**, rheumatischen Erkrankungen, **Sehnenverletzungen** / -erkrankungen, Nervenkompressionssyndromen, Amputationen, angeborenen Fehlbildungen, Schienenherstellung, neurologische Krankheitsbilder



Kontakt

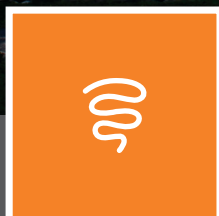
Tel 03862 517 81

Fax DW 214

office@reha-bruck.at

rehabruck
AMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATION

Der Mensch im Mittelpunkt unserer Bemühungen



Beantragung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation

Bitte verwenden Sie einen „Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt“ für die Zuweisung Ihrer PatientInnen.

Diese ist für berufstätige ÖGK-Versicherte an die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) zu übermitteln, bei allen übrigen Versicherten, PensionistInnen / Mitversicherten sind die Sozialversicherungsträger zuständig.

Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑
Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer																																											
Patient(in)			Lfd.Nr.	Tag	Monat																																								
Anschrift			Angeben des (der) Versicherten:																																										
Versicherte(r) <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>			Personenstand: _____																																										
Versicherte(r) beschäftigt bei _____			Telefon Nr.: _____																																										
<table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td>Beziehen Sie Leistungen</td> <td>nein</td> <td>ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) aus der Pensionsversicherung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pensionsversicherungsträger _____</td> </tr> <tr> <td>b) aus der Arbeitslosenversicherung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Geschäftsstelle des AMS _____</td> </tr> <tr> <td>c) aus der Unfallversicherung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anstalt _____</td> </tr> <tr> <td>d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) von einem Sozialhilfeträger</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Von welcher Stelle _____</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bei welcher Anstalt _____</td> </tr> <tr> <td>Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bei welcher Anstalt _____</td> </tr> <tr> <td>Beziehen Sie Pflegegeld</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____</td> </tr> </table>			Beziehen Sie Leistungen	nein	ja		a) aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensionsversicherungsträger _____	b) aus der Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle des AMS _____	c) aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anstalt _____	d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		e) von einem Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle _____	Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____	Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____	Beziehen Sie Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____	Anschrift: _____		
Beziehen Sie Leistungen	nein	ja																																											
a) aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensionsversicherungsträger _____																																										
b) aus der Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle des AMS _____																																										
c) aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anstalt _____																																										
d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
e) von einem Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle _____																																										
Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____																																										
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Anstalt _____																																										
Beziehen Sie Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____																																										

Phase II Rehabilitation

Für PatientInnen mit akuten oder chronischen Erkrankungen laut Indikationsliste (siehe rechts) 60 Therapieeinheiten in 6 Wochen (4-5x/Woche, 2,5-3,5Std./Tag).

- Ärztliche Erst-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- Physio-, Trainings-, Ergo- sowie physikalische Therapie
- Schulungen (angepasst an die jeweiligen Indikationen).

Phase III Rehabilitation

Bewilligung binnen 2 Monaten nach der Phase II. Auch nach absolvierter stationärer Phase II möglich. Je nach Indikation 60-90 Einheiten in 6-9 Monaten (2-3x/Woche, ca. 75 Minuten)

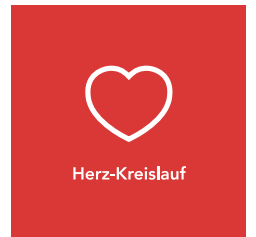
- Ärztliche Erst-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- Physio-, Trainings-, Ergo- sowie physikalische Therapie
- Schulungen (angepasst an die jeweiligen Indikationen)

Indikationen

Die Beantragung eines Rehabilitationsverfahrens kann in folgenden Indikationen erfolgen. Beispielhaft werden einige wesentliche ICD-Hauptdiagnosen angeführt.

Herz-Kreislauf

- | | |
|---------|-------------------|
| KHK | EPU |
| Stent | Chronische HI |
| NSTEMI | PAVK |
| STEMI | HRST (VHFA) |
| Herz-OP | Pulmonale HAT |
| SM | Defi-Implantation |



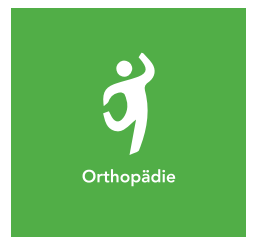
Stoffwechsel

- DM
- Metabolisches Syndrom
- Adipositas (BMI>30) mit RF
- Adipositas (BMI>40)



Orthopädie

- Arthrosen
- Operationen
- Sehnen-, Band-, Muskelverletzungen
- Rheumatische Gelenkserkrankungen



Lunge

- COPD
- Asthma
- Interstitielle Lungenerkrankungen
- Lungen-OP
- St.p. COVID-19

