

## Kontakt

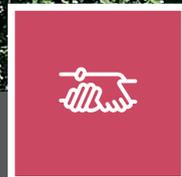
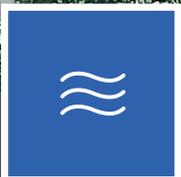
Tel 03862 516 81

Fax DW 414

physio@stadtwerke-bruck.at

**physio**bruck  
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

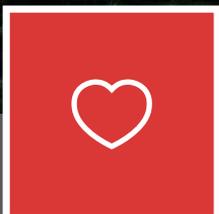
Tel 03862 517 81

Fax DW 214

office@reha-bruck.at

**reha**bruck  
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: _____<br>Vorname: _____<br>Versicherungsnummer: _____<br>Patient(in) <input type="checkbox"/>            | <b>Angaben des (der) Versicherten:</b><br>Personenstand: _____<br>Telefon Nr.: _____<br>Anschrift: _____ |
| Anschrift: _____   |  |
| Versicherte(r) <input type="checkbox"/><br><small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small> |  |
| Versicherte(r) beschäftigt bei _____ <input type="checkbox"/><br><small>(Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)</small> |  |

|   |                          |                          |                          |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>Beziehen Sie Leistungen</b>  |                          | <b>nein</b>              | <b>ja</b>                |  |
| a) aus der Pensionsversicherung                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensionsversicherungsträger _____            |
| b) aus der Arbeitslosenversicherung                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geschäftsstelle des AMS _____                |
| c) aus der Unfallversicherung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anstalt _____                                |
| d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| e) von einem Sozialhilfeträger  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Von welcher Stelle _____                     |
| Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bei welcher Anstalt _____                    |
| Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bei welcher Anstalt _____                    |
| Beziehen Sie Pflegegeld   | <input type="checkbox"/> | <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

