

## FRAGEBOGEN ZUR FREIBERUFLICHEN BERUFS AUSÜBUNG ALS WAHL **PHYSIOTHERAPEUTIN** (TherapeutInnen ohne Vertrag)

### 1. Persönliche Daten:

Name .....

(ggf. Ledigennamen: ..... ) VSNR: ..... Geb. Datum .....

Staatsbürgerschaft: .....

Wohnadresse .....

PLZ, Ort .....

Telefonnummer .....

Handynummer .....

Email .....

### 2. Grundvoraussetzungen für Kostenerstattungen:

Hinweis: Kostenerstattung für Leistungen an Anspruchsberechtigten der OÖ § 2- Krankenversicherungsträger wird ab jenem Zeitpunkt gewährt, ab dem die 1-jährige Berufserfahrung (siehe Punkt 2b) nachgewiesen werden kann und eine Meldung über die freiberufliche Niederlassung der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde mit Angabe eines Berufssitzes (siehe Punkt 2a und 2c) vorliegt.

a) **Ausstellungsdatum der Freiberuflichkeitsmeldung:** .....  
(Kopie der Freiberuflichkeitsmeldung der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde unbedingt erforderlich)

#### b) **Berufserfahrung nach Abschluss der Berufsausbildung:**

Name des Dienstgebers	Beschäftigt als	Zeitraum von – bis (Monat/Jahr)	Anzahl der Wochenstunden
	PhysiotherapeutIn	bis	
	PhysiotherapeutIn	bis	
	PhysiotherapeutIn	bis	
	PhysiotherapeutIn	bis	

Der/die PhysiotherapeutIn weist nach Abschluss der Berufsausbildung zum/zur PhysiotherapeutIn eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens **einem Jahr in Vollzeit** nach. Diese kann im Rahmen eines Dienstverhältnisses

- a) zum Träger einer Krankenanstalt oder
- b) zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehender Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen, oder
- c) zu freiberuflich tätigen Ärzten oder
- d) zu einer sonstigen im Bereich der Krankenbehandlung tätigen Institution

erlangt werden. Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung verlängern sich die Zeiten entsprechend.

Die unter a) bis d) angeführten Dienstverhältnisse müssen folgende Kriterien erfüllen:

+ Möglichkeit des fachlichen Austauschs in Form von fachlicher Intervention und  
Fragebogen\_WAHLphysiotherapeutInnen\_neu.doc

- Teambesprechungen sowie
- + Möglichkeit zur Hospitation bei berufserfahrenen KollegInnen und Supervision sowie
- + Angebot regelmäßiger interner Fortbildungen und Verpflichtung zum Besuch externer Fortbildungen

Das unter d) angeführte Dienstverhältnis muss darüber hinaus das Kriterium „intensive Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit ÄrztInnen“ erfüllen.

Auf die Berufserfahrung gem. lit. 2 kann auch eine Tätigkeit nach dem MMHmG in einem Anstellungsverhältnis (unter ärztlicher Aufsicht) im Ausmaß von maximal 6 Monaten angerechnet werden. Die Anerkennung dieser Tätigkeit erfolgt im Einzelfall im Einvernehmen zwischen dem Verein der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen OÖ und der OÖGKK.

Im Einzelfall kann eine Berufserfahrung im Einvernehmen zwischen dem Verein der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen OÖ und der OÖGKK auch bestätigt werden, wenn die Gesamtbewertung der beruflichen Aktivitäten (zB Zusammenarbeit mit erfahrenen Angehörigen der Gesundheitsberufe, Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger) eine den vertraglich geregelten Kriterien gem. lit. 2 in Hinblick auf Qualität und Quantität gleichwertige Berufserfahrung ergibt

**c) Berufssitz:**

(Kopie der Meldung der Bezirksverwaltungsbehörde unbedingt erforderlich - siehe Punkt 2a)

Bezirk: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Handynummer: .....

Email: .....

**Ich werde Ihnen jede Verlegung bzw. Erweiterung meines Berufssitzes umgehend melden!**

**3. Angaben zur Tarifeinstufung:**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

**a) Praxis:**

**Möglichkeit 1 - Eigene Praxis**

Ich habe eine entsprechende **eigene** Praxis (bzw. bin eingemietet in eine Praxis) mit nachstehendem Mindeststandard:

- Therapieraum: abgeschlossen, natürlich belichtet und belüftet, ausschließlich für Therapiezwecke (für Einzeltherapien mit einer Raumgröße von mind. 16 m<sup>2</sup> und für Gruppentherapien mit mind. 20 m<sup>2</sup>)
- eigener Wartebereich
- patientengerechtes WC
- gekennzeichnete und patientengerechter Zugang zur Praxis
- Mindestausstattung des Therapierumes: 1 Behandlungsbett, Hilfsmittel entsprechend der angegebenen Therapiekonzepte

**Möglichkeit 2 - Keine eigene Praxis**

Ich habe keine entsprechende eigene Praxis;

- ich führe die Behandlungen in fremden Räumlichkeiten, die mir kostenlos zur Verfügung gestellt werden, durch (zB Schule, Kindergarten, Altenheim, etc.)
- oder
- ich führe die Behandlungen nur in Form von Hausbesuchen durch (zB ausgehend vom Wohnsitz)

*Anmerkung: Die Tarifeinstufung A kommt nur dann zur Anwendung, wenn die Praxis den Anforderungen von Möglichkeit 1 entspricht.*

b) **Behandlungszeiten:**

- mindestens 15 Wochenstunden (= 12 Therapiestunden/Woche)  
 unter 15 Wochenstunden
- 

c) Ich unterliege der **Pflichtversicherung (mindestens in der Pensionsversicherung)** nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG):

- Ja (Nachweis erforderlich)  Nein

*Hinweis:*

*Wann eine Anmeldung zur Pflichtversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz möglich bzw. notwendig ist, erfragen Sie bitte direkt bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft:  
Tel.: 0732/7634-0*

**4. Weitere Angaben:**

a) Absolvierte **Zusatzausbildungen** (Nachweise unbedingt erforderlich):

- Kinder-Bobath       Vojta       Manuelle Lymphdrainage       Bindegewebsmassage  
 Sonstiges
- 

b) Ich biete auch medizinisch begründete **Hausbesuche** an

- Ja       Nein

**5. Beigelegt werden Kopien \*):**

- des **Diploms** oder der **Urkunde** über einen **Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengang** (siehe Punkt 2b)  
 der **Freiberuflichkeitsmeldung** der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (siehe Punkt 2a)  
 der Nachweise absolvierter Zusatzausbildungen (siehe Punkt 4a)  
 des Nachweises zur Pflichtversicherung nach dem GSVG (siehe Punkt 3c)

*\*) Diese Unterlagen müssen unbedingt dem ausgefüllten Fragebogen beigelegt werden, damit die OÖ Gebietskrankenkasse für Ihre PatientInnen Kostenerstattung leisten kann.*

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und werde Ihnen (Andrea Landsfried, [andrea.landsfried@oegkk.at](mailto:andrea.landsfried@oegkk.at), Tel.: 05 78 07 – 10 48 12 allfällige Änderungen zu den obenstehenden Angaben (wie zB Praxisadress- oder Namensänderungen, etc.) schnellst möglich mitteilen, damit die Kostenerstattung an meine Patienten nicht unnötig verzögert wird.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Für allgemeine Auskünfte stehen Ihnen**

**Andrea Landsfried, ☎ 05 78 07 – 10 48 12, ✉ [andrea.landsfried@oegkk.at](mailto:andrea.landsfried@oegkk.at), oder  
Ingrid Fassmann, ☎ 05 78 07 – 10 48 14, ✉ [ingrid.fassmann@oegkk.at](mailto:ingrid.fassmann@oegkk.at) und**

**für Kostenerstattungsfragen stehen Ihnen die MitarbeiterInnen der OÖ  
Gebietskrankenkasse, ☎ 05 78 07 – 50 49 10 gerne zur Verfügung.**