

Verordnung

für Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

ÖGK

Andere Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.

5
Pensionist(in)

7
Kriegshinter-
bliebene(r)

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Diagnose

X X X

Verordnung

10x logopädische Therapie
à 60 Min.

Arbeitsunfall

Fremdverschulden

Verkehrsunfall

(Zutreffendes bezeichnen)

X X X

Datum der Verordnung

X X X

Unterschrift und Stempel des Arztes

Arztstempel bei Übernahme der
vollen Kosten durch den Kranken-
versicherungsträger (Befreiung vom
Selbstbehalt). Bei Bestätigung durch
den Krankenversicherungsträger:
Stempel, Unterschrift und Datum.

Sonstige Vermerke:

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsleistung

inkl. MwSt.: € _____

bzw.

_____ % der Kosten lt. Tarif

inkl. MwSt.

Kostenanteil: 10% der Kosten,

mindestens € _____

Datum, Stempel und Unterschrift

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenerstattung nur
80% der Leistung des Krankenversicherungsträgers (§ 131 Abs. 1 ASVG)!

(Bitte vollständig ausfüllen!

Zutreffendes bitte anhaken!)

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer

Patient(in)

XXXX XX XX XX

Tag Monat Jahr

Max Murbemann

Anschrift

Murbemannstraße 1
2070 Unterralle

Versicherte(r)

(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Datum

Stempel und Unterschrift der Lieferfirma

Übernahmedatum

Unterschrift des Empfängers