

| | | | | | | | | | |
|--|-----|--|---------------------|--|--------------------|----------------------------------|---|--|--|
| | 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! | | | | | |

Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Vorbezug: _____

| | | |
|---|---------|---|
| Familienname | Vorname | Versicherungsnummer |
| Patient/in | | <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |
| | | Tag Monat Jahr |
| Anschrift | | |
| Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) | | |
| | | <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |
| | | Tag Monat Jahr |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) | | |

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein

Chefärztliche Entscheidung

Bewilligt Abgelehnt

Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:

Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in

Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____

| | |
|-------------------------|--|
| Diagnose | |
| Verordnung _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Datum der Verordnung | Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes |

| | |
|---|--|
| Verrechnet am _____ | Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt: |
| _____ | _____ |
| Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners | Datum / Unterschrift der Rückstellerin/ des Rückstellers |
| Bitte Rückseite beachten! | |

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Nähere Auskünfte betreffend **Heilbeihilfe und Hilfsmittel** für das Bundesland Wien erhalten Sie in der Kundenservicestelle Favoriten, in der Gruppe Leistungserbringung der Leistungsabteilung, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien, Tel. +43 5 0766-112810 DW.

Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Genehmigung auch per Fax unter der Nummer +43 5 0766-113588 entgegen.