

Überweisung

Österreichische Gesundheitskasse

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

- Vertretung Sonntagsdienst
 1.Hilfe BD an Wochentagen

PATIENT

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Überweisung an / Vertretung von:

Wohnanschrift

Diagnose / Begründung:

VERSICHERTER

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Dienstgeber

Erbeten wird:

- Rezeptgebührenbefreiung

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes

Behandlungsbeginn:

Diagnosen:

Stellungnahme des Chefarztes:

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes