

# 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