\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vor- und Zuname bzw.

Stempel des Vertragsarztes/

der Vertragsärztin ............................., am .........................

Österreichische Gesundheitskasse

Versorgungsmanagement 1 OÖ

zH Frau Sabina Wolkerstorfer
Tel.Nr. 05 0766 14104833

E-mail: sabina.wolkerstorfer@oegk.at

Garnisonstraße 1b

4021 Linz

#### Ansuchen um Verrechnungsberechtigung - INFOBLATT

Ich beantrage die **Verrechnungsberechtigung** für die Positionsnummer(n)

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

lt. den **beiliegenden Formblättern**.

Ich erfülle die in diesen Formblättern angeführten Voraussetzungen und lege die dort geforderten Nachweise in **Kopie** bei.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Berechtigung **ab Beginn des Quartals erteilt wird, das der** **Antragstellung** (Postaufgabestempel) **folgt**, sofern von mir **alle Nachweise** **beigeschlossen** sind.
Ausnahme:
Bei Neuaufnahme einer Position in die Honorarordnung ist auch eine rückwirkende Berechtigungsvergabe mit Beginn des Abrechnungsquartals, in dem die Antragstellung erfolgt, möglich.

Werden fehlende Nachweise von mir nicht innerhalb der mir gesetzten Frist (grundsätzlich 14 Tage) nachgereicht, wird die Berechtigung erst ab Beginn des Quartals erteilt, ab dem ich alle angeführten Voraussetzungen erfülle und sämtliche Nachweise der Kasse vollständig vorgelegt habe.

Ich werde alle für die Verrechnungsberechtigung relevanten **Änderungen** (zB. Ausbildung von mir und meinem Personal sowie Gerätevoraussetzungen) **unverzüglich bekannt geben**.

Ich hafte für die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich der Kasse alle honorierten Leistungen zurückzahlen muss, wenn die Voraussetzungen (Ausbildung sowie Gerätevoraussetzungen) von vornherein nicht bestanden haben bzw. nach der Berechtigungserteilung weggefallen sind.

Stempel und Unterschrift

des Vertragsarztes/der Vertragsärztin