

Österreichische Gesundheitskasse  
Vertragspartnerservice  
z.H. Frau Carina Kail  
Gruberstraße 77  
4021 Linz

**Per Mail an:** [carina.kail@oegk.at](mailto:carina.kail@oegk.at)

## FRAGEBOGEN

zur freiberuflichen Berufsausübung  
als Wahlergotherapeutin/Wahlergotherapeut

### 1. Persönliche Daten

---

Familien- und Vorname: .....

VSNR/Geburtsdatum: .....

Staatsbürgerschaft: .....

Adresse: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon-/Handynummer: .....

E-Mail: .....

### 2. Grundvoraussetzungen für Kostenerstattungen

---

1. **Nachweis** über die **Eintragung in das Gesundheitsberuferegister**  
(Kopie der Bestätigung der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist beizulegen)
2. **Berufserfahrung** nach Abschluss der Berufsausbildung

Damit eine Kostenerstattung für unsere Versicherten geleistet werden kann, ist **entweder** die Ausübung des ergotherapeutischen Dienstes im Rahmen einer **Vollzeittätigkeit** von zumindest **einem Jahr** (bei Teilzeit entsprechend länger)

- im Dienstverhältnis zum Träger einer Krankenanstalt oder
- im Dienstverhältnis zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehender Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen oder
- im Dienstverhältnis zu freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten oder
- im Anstellungsverhältnis zu freiberuflich tätigen Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten oder
- im Dienstverhältnis zu einer sonstigen im Bereich der Krankenbehandlung tätigen Institution, wenn das Kriterium „intensive Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit Ärzten bzw. mit anderen Gesundheitsberufen“ erfüllt ist,

vorzuweisen **oder**

eine **freiberufliche Tätigkeit von mindestens drei Jahren.**

Wir ersuchen Sie daher um Befüllung der Tabelle oder im Falle der freiberuflichen Tätigkeit um Übermittlung des Nachweises über die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister.

**Beschäftigung als Ergotherapeutin/Ergotherapeut:**

Name des Dienstgebers	Zeitraum (Monat/Jahr)	Anzahl der Wochenstunden
	bis	
	bis	
	bis	
	bis	

**3. Angaben zu Ihrem Berufssitz**

---

Bezirk: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon-/Handynummer: .....

E-Mail: .....

**4. Beilage in Kopie**

---

Nachweis über die Eintragung in das **Gesundheitsberuferegister**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und werde allfällige Änderungen unverzüglich bekanntgeben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**IHRE ANSPRECHPARTNER**

**Allgemeine Auskünfte**

Frau Carina Kail, E-Mail: [carina.kail@oegk.at](mailto:carina.kail@oegk.at), Tel.: 05 0766 – 14 104812

**Fragen zur Kostenerstattung**

Team Kostenerstattung, E-Mail: [wahlarzthilfe@oegk.at](mailto:wahlarzthilfe@oegk.at), Tel.: 05 0766 – 14 504910