

	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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 20%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>		
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	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 digital entgegen.

So senden Sie uns sensible Daten:

www.gesundheitskasse.at/databox