

2fach senden an:

Österreichische Gesundheitskasse Versorgungsmanagement I

Garnisonstraße 1b, Postfach 306

4021 Linz

**Vertragspartnerservice** pro.ordinatione@oegk.at [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at/)

Tel. +43 5 0766-14104816

**Anforderung von Röntgenkontrastmittel**

**für den Ordinationsbedarf**

 für **\_\_\_** Quartal **\_\_\_\_** Jahr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Artikel** | **Anzahl der Packungen** | **Bewilligte Menge** | **Taxierung** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Genehmigung der ÖGK:

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

Datum, Vertragsarztstempel und Unterschrift

14-ÖGK-BW/ZE F. 119 27.09.2019