

Verordnung

für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Österreichische Gesundheitskasse
Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

PATIENT
Familiename Vorname

Versicherungs Nr.

Verordnung:

Wohnanschrift

Diagnose/Begründung:

VERSICHERTER
Familiename Vorname

Versicherungs Nr.

Dienstgeber

- Rezeptgebührenbefreiung
 Kostenanteilsbefreiung

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Verrechnung der Lieferfirma

Vertragspartnernr. _____ Filialnr. _____

Die Kasse übernimmt:

Anzahl

Artikel Nr

Betrag in Euro

| Anzahl | Artikel Nr | Betrag in Euro |
|--------|------------|----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Stellungnahme des medizinischen Dienstes

Datum, Vertragspartnerstempel und Unterschrift der Lieferfirma

Gesamtbetrag _____

- **Selbstbehalt** _____

Kassenleistung _____

+ **Ust.** _____

Forderungsbetrag _____

Der ordnungsgemäße Empfang wird vom Versicherten bestätigt:

Datum, Unterschrift der/des Versicherten