

Überweisung

Gilt nicht als Vorbewilligung für eine spätere stationäre Krankenhausaufnahme.

Familienname Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte/r

(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

*) Bitte Zutreffendes anhaken

Arbeitsunfähig: Ja-Nein *)
Rezeptgebührenpflichtig: Ja-Nein *)

Die vertraglich vorgesehenen Kosten werden übernommen

Nächstehendes Feld ist von dem Facharzt/Arzt für Allgemeinmedizin/von der Fachärztin/Ärztin für Allgemeinmedizin auszufüllen, welcher/welche die Behandlung übernommen hat bzw. die Befundung durchführt!

Diagnose:

Behandlungsbeginn am

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!

Diagnose:

Überweisung an:

wegen:

Datum

Stempel und Unterschrift
des überweisenden Arztes/der überweisenden Ärztin

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

1. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
2. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
3. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
Arztvermerke: Eventuelle andere Diagnose(n) zur Begründung der Sonderleistungen							Nicht vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen:								

Erläuterung! Sonderleistungen sind durch Angabe der Pos.- Ziffer des Sonderleistungstarifes in der zutreffenden Datumspalte zu kennzeichnen.