

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!					

Überweisung

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					

Ärztin-/Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

Datum

11-ÖGK12/24. 01.01.2020

Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes

Datum der Übergabe

Unterschrift der/des Patientin/en (bzw. der Begleitperson)

Überweisung an:

Vertragsfachärztin/-arzt (Ambulatorium)

Vertragsärztin/-arzt für Allgemeinmedizin

für _____

wegen:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Von der/dem behandelnden/befundenden Ärztin/Arzt auszufüllen!

Diagnose:

Beginn der Behandlung bzw. Befundung

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

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 Sonderleistung							Nicht von der Ärztin/vom Arzt/auszufüllen:									

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