

|      |                           |
|------|---------------------------|
|      |                           |
| Name | Sozialversicherungsnummer |

Damit wir Ihre Anfrage möglichst rasch weiterbearbeiten können, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an. Bitte nennen Sie uns wenn möglich das Bundesland und den jeweiligen Zeitraum.

|   |                  |                    |
|---|------------------|--------------------|
| 1. Möchten Sie Auskunft über Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Krankenstände, Spitalsaufenthalte, Arztbesuche etc.)? Möchten Sie (auch) Informationen über konkrete Behandler/innen oder Behandlungen? Falls ja, welche?                        |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 2. Haben Sie Gesundheits- oder Präventionsangebote der ÖGK (vor 2020: einer Gebietskrankenkasse) in Anspruch genommen, wie z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung, Rauchentwöhnungskurs, Lungenfunktionsmessung, Ernährungsberatung etc.? |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 3. Sind oder waren Sie Vertragspartner/in der ÖGK (vor 2020: einer Gebietskrankenkasse) z.B. als Ärztin/Arzt, Physiotherapeut/in, Fahrer/in von Krankentransporten etc.?  |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 4. Sind oder waren Sie Dienstgeber/in?  |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 5. Sind oder waren Sie Mitarbeiter/in der ÖGK (vor 2020: einer Gebietskrankenkasse)?  |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 6. Haben Sie sich innerhalb des letzten Jahres für eine Stelle in der ÖGK beworben?   |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |
| 7. Stehen oder standen Sie in einem sonstigen Vertragsverhältnis mit der ÖGK (vor 2020: einer Gebietskrankenkasse) z.B. als Lieferant/in, im Zuge von Bautätigkeit etc.?  |                  |                    |
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Zeitraum:</b> | <b>Bundesland:</b> |

Sie können diesen Fragebogen entweder unterschreiben und zusammen mit einer **Kopie Ihres amtlichen Lichtbildausweises** (z.B. Reisepass-Seiten mit Namen und Unterschrift) an uns schicken oder auf [www.buergerkarte.at](http://www.buergerkarte.at) digital signieren. Wenn Sie den Fragebogen digital signiert haben, ist eine Ausweiskopie nicht nötig.

**Tipp:** Auf [www.meineOEGK.at](http://www.meineOEGK.at) können Sie Ihre Leistungsübersichten (LIVE) und viele andere Daten jederzeit online abfragen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf [www.gesundheitskasse.at/datenschutz](http://www.gesundheitskasse.at/datenschutz).

---

Datum und Unterschrift oder digitale Signatur