

**P R O ORDIN A TIONE**

**Anforderung**

**von Heilmitteln**

Bitte die benötigten Heilmittel im stark umrandeten Feld **gut lesbar** anführen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spezialität/Stärke** | **Menge** | **bewilligte Menge** | **Taxierung** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 

2fach senden an:

ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSKASSE

Versorgungsmanagement I Garnisonstraße 1, Postfach 61

4021 Linz

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

Tel. +43 5 0766-14104816

Fax +43 5 0766-1466104816

**Best. Nr.:** *.....................................*

**P R O ORDIN A TIONE**

**Anforderung**

**von Heilmitteln**

Ordinationsfreier Tag:

Urlaub:

Zur vertragsärztlichen **Ersten Hilfe** und dringenden **Erstbehandlung** Versicherter und Angehöriger.

*......................................................................................................*

Datum und Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Genehmigung der ÖGK: | Liefernde Apotheke:Datum, Stempel und Unterschrift | Warenübernahmebestätigung des ArztesDatum, Stempel und Unterschrift |

14-ÖGK-VP-I F. 116 30.09.2019