

VerordnungFür Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

ÖGK

Entw. nach Normen des Krankenversicherungsrechtes

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

(Bitte vollständig ausfüllen!)		(Zutreffendes unterstreichen!)	
Familienname, Vorname		Versicherungsnummer	
Patient(in)		1708 18 04 51	
		Tag Monat Jahr	
Anschrift			
Achauerstraße 3, 2361 Laxenburg		31.05.2024	
Versicherte(r)		Tag Monat Jahr	
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) nicht Angehöriger(in) ist)			
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			
RVA			

Diagnose: Endo disseminata, St.p. Harnverhalten, Cystostomie
spülen 3 x wöchentlich

5 x DK- Beutel Rüsch S-Bag A

Verordnung

Arbeitsunfall

Prenatalschaden

Verkehrsunfall

(Zutreffendes bezeichnen)

Dr. Jan Peter Böckemann
Arzt für Allgemeinmedizin
Schloßplatz 10
2361 Laxenburg
550563 Tel. 02236/71 218

Datum der Verordnung

(Unterschrift und Stempel des Arztes)

Arztentgelt bei Übernahme der
vollen Kosten durch den Kranken-
versicherungsträger (Beitrag vom
Selbstbehalt). Bei Beistellung durch
den Krankenversicherungsträger:
Stempel, Unterschrift und Datum.

Sonstige Vermerke:

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsleistung

inkl. MwSt., €

bzw.

____ % der Kosten lt. Tarif

inkl. MwSt.

Kostenanteil: 10% der Kosten,
mindestens €

Datum, Stempel und Unterschrift

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenersatzung nur
80% der Leistung des Krankenversicherungsträgers (§ 131 Abs. 1 ASVG)

Datum:

Stempel und Unterschrift der Lieferfirma

Übernahmedatum

Unterschrift des Empfängers

Kostenvoranschlag (Tarife inkl. MwSt.):Verablangte Heilmaßnahmen
ambulante OperationenBewertung nach jeder einzelnen
Behandlung einmündig

Datum

Unterschrift

Datum

Stempel des Vertragspartners

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter: www.gesundheitskasse.at

Nähere Auskünfte für das Bundesland Niederösterreich erhalten Sie
in den jeweiligen Kundenservicestellen (Tel. +43 5 0765-126100).

Anmerkungen

Verordnung

für Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

OGK

Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen

Bitte vollständige Foto beilegen

(Bitte vollständig ausfüllen)		(Zusätzliches Foto anheften)	
Familienname, Vorname		Versicherungsnummer	
Patient(in)		1708 18 04 51	
		Tag Monat Jahr	
Fischer Eveline			
Anschrift			
Achauerstraße 3, 2361 Laxenburg			
Versicherung(en)			
(Nur ausfüllen, wenn Patient(in) eine(n) Angehörige(r) ist)			
Tag Monat Jahr			
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			
PVA,			

Enc disseminata, St.p.Harnverhalten, Cystostomie
spülen 3 x wöchentlich
1 Karton Freha Drainjet solutio R 10x 60ml 30Stück
OPIII, DK Beutel 2000ml 5 Stk quartalsbedarf

Arbeitsunfall ☐
Fremdverschulden ☐
Verkehrsunfall ☐
(Zutreffendes bezeichnen)

31.05.2024

Dr. Jan-Peter Bokemann
Arzt für Allgemeinmedizin
Schloßplatz 10
2361 Laxenburg
550565 Tel. 02236/71 218

Datum der Verordnung

Unterschrift und Stempel des Arztes

Arztentgelt bei Übernahme der
vollen Kosten durch den Kranken-
versicherungsträger (Beitrag vom
Selbstbehalt). Bei Bestätigung durch
den Krankenversicherungsträger
Stempel, Unterschrift und Datum

Sonstige Vermerke

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsleistung

inkl. MwSt. €

bzw.

% der Kosten lt. Tarif

inkl. MwSt.

Kostentanteil, 10% der Kosten,
mindestens €

Datum, Stempel und Unterschrift

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenersatzung nur
80% der Leistung des Krankenversicherungsträgers (§ 131 Abs. 1 ASVG)

Datum

Stempel und Unterschrift der Lieferfirma

Übernahmearaum

Unterschrift des Empfängers

Kostenvoranschlag (Tarife inkl. MwSt.):Veranstaltete Heilbehandlungen
ambulant, stationärBewilligung nach einer ersten
Behandlung erteilt

Datum:

Unterschrift

Datum

Stempel des Vertragspartners

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Nähere Auskünfte für das Bundesland Niederösterreich erhalten Sie
in den jeweiligen Kundenservicestellen (Tel. +43 5 0766 126100).

Anmerkungen: