

ÖGK		Andere Kostenträger		1 Erwerbs- tätig Arbeitslos Selbstvers.		5 Pen- sionist(in)		Fortf. Nr.	
		PRIV						DB	
								OFG	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
<h1>Überweisung</h1> <h2>für allgem. FACHÄRZTE</h2>									
Familienname		Vorname		Versicherungsnummer					
Patient(in)				7906 12 02 62					
REICHEL Volker				Tag Mon. Jahr					
Anschrift		A 5582 St. Michael im Lunga							
Unterweißburg 21									
Versicherte(r)		(nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Tag Mon. Jahr					
Beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort)									
Ärztlicher Dienst des Krankenversicherungsträgers		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung							
Datum, Unterschrift und Stempel									
01.07.2025		Dr. Ingolf Kächl FA für Neurologie, Psychiatrie Feldstraße 5, 9800 Spittal/Drau Tel.: 04762 42259 (ME 107259)							
Datum		Stempel und Unterschrift des(r) überweisenden Arztes (Ärztin)							
16-ÖGK-DS 10 320 110									

Myasthenia gravis;
Medikamentöse Einstellung mit Befund höchst erbeten!

UNI-SALZBURG, Prim. Uni Prof Dr Mag.
Trinka, FRCP
5020 Salzburg IGNAZ-HARRER STRASSE
79
Tel.: 0507255-34602

