

WAHLARZT

ÖGK

BKK

VA
des
österr.
Bergbaues

Andere Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.5
Pensionist(in)7
Kriegshinter-
bliebene(r)

9

**Beiblatt
Quartal**

Überweisung an:

Diagnose/Begründung:

Erbeten wird/Verordnung:

Familiename(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)

(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!**Diagnose:**

Datum:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

.....
Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes.....
Beginn der Behandlung bzw. Befundung.....
Stempel und Unterschrift des Arztes.....
Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes