

	ÖGK		Andere Kostenträger		1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9	
ÖGK					X				
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel	Vorbezug: _____ _____ _____
--	-----------------------------------

<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">Familiennamen</td> <td style="width:30%;">Vorname</td> <td style="width:40%;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Patient/in</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 18px;">5414 24 09 63</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 10px;">Tag Monat Jahr</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Scherer Wolfgang</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Wienerstr. 60, 3002 Purkersdorf</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"></td> </tr> <tr> <td>Diagnose</td> <td colspan="2">Pes planus bds</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">1 Paar Einlagen</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px; vertical-align: top;"> DVR: 30.05.2025 Datum der Verordnung Dr. Katharina Hochreiter Allgemeine u. Interne Med. Michalekg. 2/7/3, 1160 Wien ME448395 Tel: 9143381 Fax: 9140173 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes </td> </tr> </table>	Familiennamen	Vorname	Versicherungsnummer	Patient/in		5414 24 09 63	Tag Monat Jahr			Scherer Wolfgang			Anschrift			Wienerstr. 60, 3002 Purkersdorf			Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)						Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)						Diagnose	Pes planus bds		1 Paar Einlagen			DVR: 30.05.2025 Datum der Verordnung Dr. Katharina Hochreiter Allgemeine u. Interne Med. Michalekg. 2/7/3, 1160 Wien ME448395 Tel: 9143381 Fax: 9140173 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes			<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:70%;"> Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt </td> <td style="width:30%; vertical-align: top;"> Der Empfang des Beheifes wird bestätigt: Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 60px; vertical-align: top;"> Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Verrechnet am: _____ Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners Bitte Rückseite beachten! </td> <td style="vertical-align: top;"> Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt: Datum / Unterschrift der Rückstellersin/ des Rückstellers </td> </tr> </table>	Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt	Der Empfang des Beheifes wird bestätigt: Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in: _____	Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____		Verrechnet am: _____ Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners Bitte Rückseite beachten!	Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt: Datum / Unterschrift der Rückstellersin/ des Rückstellers
Familiennamen	Vorname	Versicherungsnummer																																												
Patient/in		5414 24 09 63																																												
Tag Monat Jahr																																														
Scherer Wolfgang																																														
Anschrift																																														
Wienerstr. 60, 3002 Purkersdorf																																														
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)																																														
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)																																														
Diagnose	Pes planus bds																																													
1 Paar Einlagen																																														
DVR: 30.05.2025 Datum der Verordnung Dr. Katharina Hochreiter Allgemeine u. Interne Med. Michalekg. 2/7/3, 1160 Wien ME448395 Tel: 9143381 Fax: 9140173 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes																																														
Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt	Der Empfang des Beheifes wird bestätigt: Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in: _____																																													
Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____																																														
Verrechnet am: _____ Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners Bitte Rückseite beachten!	Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt: Datum / Unterschrift der Rückstellersin/ des Rückstellers																																													

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 betreffend Heilbehelfe und Hilfsmittel für das Bundesland Wien erhalten Sie in der Kundenservicestelle Favoriten, in der Gruppe Leistungserbringung der Leistungsabteilung, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, Tel. +43 5 0766-112810 DW.

Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Genehmigung auch per Fax unter der Nummer +43 5 0766-113588 entgegen.