

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. X	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
N								

☐ Anspruch kein Anspruch ☐

☐ _____ Anwendungen bewilligt abgelehnt ☐

☐ bewilligt Hausbesuch abgelehnt ☐

☐ Vermerke siehe Rückseite

2

3

4

5

6

7

8

9

15

Patient/in **2491 01 11 83**
 Tag Monat Jahr

Taq Monat Jahr

Anschrift
Hasengasse 12/34, 1100 Wien

Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Diagnose	Diskusprolaps LWS mit Foramenstenose, Lumbago
----------	---

Anzahl und Art der Behandlungen 10x Heilmass. a 60min. + 10x HG a 60min.

Dr. med. SHARIFI
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Favoritenstraße 87/2, 1100 Wien
 Tel.: 01 361 0506

05.02.2025

Datum der Verordnung

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des
Chefarztes/Sachbearbeiters

Bearbeitungsvermerk der
Vertragspartnerin/des Vertragspartners:

Datum	Unterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/ des Vertragspartners
-------	---

Verrechnet am

Datum

Stempel der Vertragspartnerin/
des Vertragspartners

Bitte Rückseite beachten!