

ÖGK

ÖGK

Andere Kostenträger

1

Erwerbstätig

Arbeitslos

Selbstvers.

X

5

Pensionist/in

7

Kriegshinter-

bliebene/r

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Überweisung

Familiennam

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

2491011183

TagMonatJahr

Pirkmayer Alexander

Anschrift

Leysdorferhaupstr. 30/1, 2500 Baden bei Wien

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

TagMonatJahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Datum der Übergabe

Unterschrift der/des Patientin/en (bzw. der Begleitperson)

Überweisung an:

☐ Vertragsfachärztin/-arzt (Ambulatorium)

☐ Vertragsärztin/-arzt für Allgemeinmedizin

für Dermatologe

wegen: FÄB u TH-Ü he

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ärztin-/Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

Von der/dem behandelnden/befundenden Ärztin/Arzt auszufüllen!

Diagnose:
chronische flache Rötung der Glans

Datum

11-ÖGK 12/24. 01.01.2020

Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes

Beginn der Behandlung bzw. Befundung

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

urologenzentrum.at - U257790
Dr. Erik Randall Huber &
Partner Fachärzte für Urologie OG
Wehlstraße 66 - MC 5St, 1200 Wien
+43 1 3101311

1. Quartalsmonat

Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

2. Quartalsmonat

Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

3. Quartalsmonat

Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

Arztvermerke:
Eventuelle andere Diagnose(n) zur Begründung der Sonderleistung

Nicht von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen:

Früherer Hinweis: Sonderleistungen sind durch Angabe der Pos.-Ziffer des Sonderleistungstarifes in der zutreffenden Datumsalte zu kennzeichnen