

GKK für ÖGK	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- blieben/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel Diese Verordnung ist 14 Tage, vom Ausstellungstag an gerechnet, gültig. Sie ist bei bewilligungspflichtigen Leistungen innerhalb von 20 Tagen der Kasse vorzulegen.		Vorbezug: _____ _____ _____																																									
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Familien- oder Nachname/n</td> <td style="width:30%;">Vorname/n</td> <td style="width:40%;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Patient/in</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> 2491 01 11 83 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: x-small;">Tag Monat Jahr</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"> Pirkmayer Alexander </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"> Anschrift Leesdorfer Hauptstr. 30/1, 2500 Baden bei Wien </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"> Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;"> Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) </td> </tr> <tr> <td style="width:20%;">Diagnose</td> <td colspan="2" style="width:80%;"> Epicondylitis radialis humeri re. / Ellenbogenarthralgie re. Epitrain re. </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px; vertical-align: top;"> Orthopädie Zentrum Wien Süd Dr. Sahin, Dr. Vigl, Dr. Güven & Priv. Doz. Dr. Wolf OG 1230 Wien, Porschestra. 29/11 0375920 Tel: 01/310 02 77 DVR: 0824933 20.10.2025 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: x-small;"> Datum der Verordnung Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes </td> </tr> </table>	Familien- oder Nachname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer	Patient/in		2491 01 11 83	Tag Monat Jahr			Pirkmayer Alexander			Anschrift Leesdorfer Hauptstr. 30/1, 2500 Baden bei Wien			Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)			Diagnose	Epicondylitis radialis humeri re. / Ellenbogenarthralgie re. Epitrain re.		Orthopädie Zentrum Wien Süd Dr. Sahin, Dr. Vigl, Dr. Güven & Priv. Doz. Dr. Wolf OG 1230 Wien, Porschestra. 29/11 0375920 Tel: 01/310 02 77 DVR: 0824933 20.10.2025			Datum der Verordnung Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes			<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> Der Empfang des Behelfes wird bestätigt: </td> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt </td> <td style="vertical-align: bottom;"> 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="height: 100px; vertical-align: top;"> Verrechnet am _____ </td> <td style="vertical-align: bottom;"> Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: x-small;"> Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners 12/29. 19. 04. 2010 Bitte Rückseite beachten! </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: x-small;"> Datum / Unterschrift der Rückstellerin/ des Rückstellers </td> </tr> </table>	Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein	Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:	Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt	Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in	Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____		Verrechnet am _____	Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt:	Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners 12/29. 19. 04. 2010 Bitte Rückseite beachten!		Datum / Unterschrift der Rückstellerin/ des Rückstellers	
Familien- oder Nachname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer																																									
Patient/in		2491 01 11 83																																									
Tag Monat Jahr																																											
Pirkmayer Alexander																																											
Anschrift Leesdorfer Hauptstr. 30/1, 2500 Baden bei Wien																																											
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)																																											
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)																																											
Diagnose	Epicondylitis radialis humeri re. / Ellenbogenarthralgie re. Epitrain re.																																										
Orthopädie Zentrum Wien Süd Dr. Sahin, Dr. Vigl, Dr. Güven & Priv. Doz. Dr. Wolf OG 1230 Wien, Porschestra. 29/11 0375920 Tel: 01/310 02 77 DVR: 0824933 20.10.2025																																											
Datum der Verordnung Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes																																											
Rezeptgebührenbefreiung ☐ Ja ☒ Nein	Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:																																										
Chefärztliche Entscheidung ☐ Bewilligt ☐ Abgelehnt	Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in																																										
Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____																																											
Verrechnet am _____	Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt:																																										
Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners 12/29. 19. 04. 2010 Bitte Rückseite beachten!																																											
Datum / Unterschrift der Rückstellerin/ des Rückstellers																																											

ERLÄUTERUNGEN

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Wiener Gebietskrankenkasse übernimmt Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

Heilbehelfe und Hilfsmittel können mit Ausnahme der bewilligungspflichtigen Behelfe binnen 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung ohne vorherige Bewilligung durch die Kasse bezogen werden.

Die Stellen, bei denen die Verordnung eingelöst werden kann, sind aus dem Informationsblatt betreffend Heilbehelfe und Hilfsmittel ersichtlich, das bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt aufliegt. Aus dem Informationsblatt geht auch hervor, in welcher Höhe Kosten von der/dem Versicherten zu tragen und in welchen Fällen die von der/dem Versicherten zu tragenden Kosten von der Kasse zur Gänze zu übernehmen sind.

Bewilligungspflichtige Heilbehelfe und Hilfsmittel:

Auskünfte zu bewilligungspflichtigen Heilbehelfen und Hilfsmittel erteilen alle Bezirksstellen und Kundencenter sowie die Gruppe Leistungserbringung in der Zentrale der Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien, Telefon +43 1 601 22-2810. Es empfiehlt sich, im Zweifelsfalle jeweils **vor** der Anschaffung eines Behelfes Rückfrage zu halten.

Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Bewilligung auch per Fax unter der Nummer +43 1 601 22-3550, 3588 entgegen.

Für Versicherte anderer Kassen gelten die Richtlinien der zuständigen Kasse.