

| WAHLARZT                                                                                                                                                                                                                              |            |                                  | GKK                                                   | BKK | VA<br>des<br>österr.<br>Berg-<br>baues | Andere Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1<br>Erwerbstätig<br>Arbeitslos<br>Selbstvers. | 5<br>Pensionist(in) | 7<br>Kriegshinter-<br>bliebene(r)   | 9 |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|--|--|--|--|
| Überweisung <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       | Einweisung | Beiblatt<br>Quartal<br><br>./... | KFA Wien                                              |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!   |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| Verordnung                                                                                                                                                                                                                            |            |                                  |                                                       |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     | Bitte zutreffendes Feld bezeichnen! |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  |                                                       |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!                                                                                                                                                                                                   |            |                                  | Familienname(n)                                       |     |                                        | Vorname(n)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                     | Versicherungsnummer                 |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Patient(in)                                           |     |                                        | 3507 28 12 98                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                     | Tag Monat Jahr                      |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Luef, Sarah                                           |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Anschrift                                             |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Leesdorfer Hauptstraße 30/Top 1, 2500 Baden           |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Versicherte(r)                                        |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     | Tag Monat Jahr                      |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist) |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  | Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)              |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| <b>Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!</b><br><br><b>Diagnose:</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                               |            |                                  |                                                       |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| <b>Überweisung an / Einweisung in:</b><br>FA für Innere Medizin/Rheumatologie<br><br><b>Diagnose / Begründung:</b><br>juvenile rheumatoide Arthritis<br><br><b>Erbeten wird / Verordnung:</b><br>FA Begutachtung und Therapie erbeten |            |                                  |                                                       |     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung                                                                                                                                                                                               |            |                                  |                                                       |     |                                        | <br><b>Dr. Georg Brandl</b><br>Facharzt für Orthopädie &<br>orthopädische Chirurgie<br>Heiligenstädter Strasse 113, 1190 Wien<br>Tel.: +43 20 80 145<br>E-Mail: ordination@ortho-brandl.at<br><b>01.06.2026</b><br>Datum, Unterschrift und Stempel<br>des überweisenden Arztes |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
| Beginn der Behandlung bzw. Befundung                                                                                                                                                                                                  |            |                                  |                                                       |     |                                        | Stempel und Unterschrift des Arztes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                  |                                                       |     |                                        | Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                     |                                     |   |  |  |  |  |