

Verordnung

für Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

GKK für NÖ	BKK der X	VA für Eisenbahnen und Bergbau	Andere Kostenträger XX	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. X	5 Pensionist(in) X	7 Kriegshinter- bliebene(r) X	9	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Diese Verordnung ist 14 Tage, vom Ausstellungstage an gerechnet, gültig.
(Bitte vollständig ausfüllen! Zutreffendes bitte anhaken!)

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer		
Patient(in)		XXXX	XX	XX XX
		Tag	Monat	Jahr
XXX				
Anschritt				
XXX				
Versicherte(r)		XXXX		
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		XX	XX	XX
		Tag	Monat	Jahr
XXX				
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)				

Diagnose **XXX**

Verordnung **10x logopädische Therapie à 60 min (T3) bei Marina Amor**

Arbeitsunfall

Fremdverschulden

Verkehrsunfall

(Zutreffendes bezeichnen)

XXX Datum der Verordnung **XXX** Unterschrift und Stempel des Arztes

Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch die Kasse (Befreiung vom Selbstbehalt).
Bei Bestätigung durch die Kasse: Stempel, Unterschrift und Datum.

Sonstige Vermerke:

Bewilligungsvermerk der Krankenkasse

Versicherungsleistung
inkl. MwSt.: € _____
bzw.
_____ % der Kosten lt. Tarif
inkl. MwSt.

Kostenanteil: 10% der Kosten,
mindestens € _____ Datum, Stempel und Unterschrift _____

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenerstattung nur 80% der Kassenleistung (§ 131 Abs. 1 ASVG!)

Datum _____ Stempel und Unterschrift der Lieferfirma _____

Übernahmedatum _____ Unterschrift des Empfängers _____