

# MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE



**ÄrzteZentrale**  
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei  
in der City*

HONORARNOTEN • KASSABESTÄTIGUNGSBÜCHER • KARTEIKARTEN  
BRIEFPAPIERE • WAHLARZTREZEPTE • ÜBERWEISUNGEN • VISITENKARTEN  
STEMPELN • TAFELN • und vieles mehr ...

# ecard



Wir bitten Sie  
die **ecard** bei  
**jedem Arztbesuch**  
mitzubringen.

ÄrzteZentrale P51

# ecard

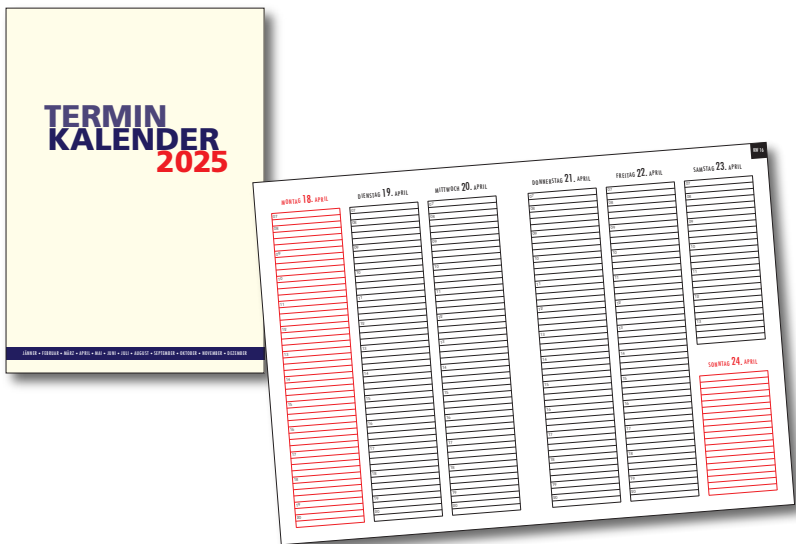


Bei Nichtbebringung  
der **ecard** ist ein  
**Einsatz von € \_\_\_\_\_ zu leisten.**

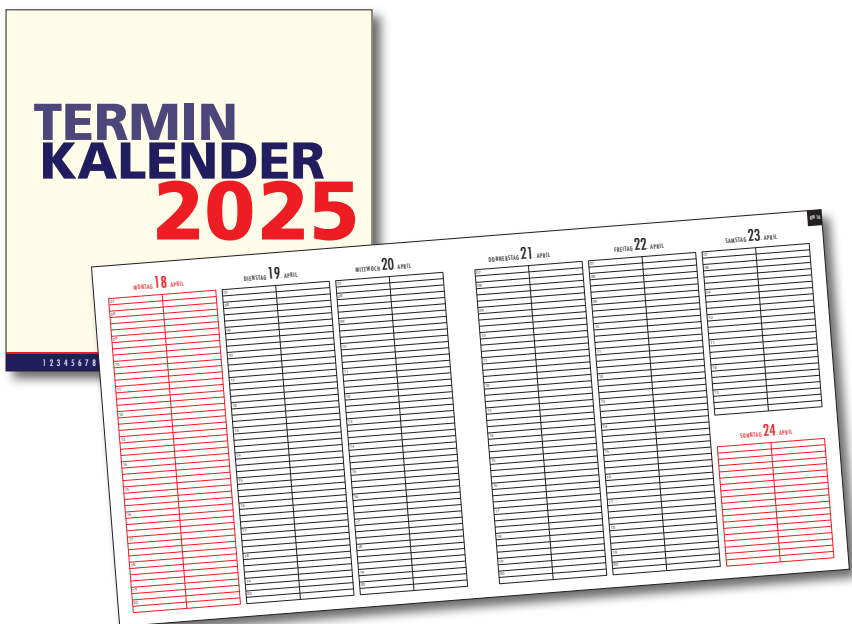
ÄrzteZentrale 52f

**Terminkalender**, spiralgebunden, in 15 min. Einteilung

A4 (21,0 x 29,7 cm)



Quadratisch (30,0 x 30,0 cm)



Sehr geehrte Patientin!  
Sehr geehrter Patient!

Sollten Sie einen **Behandlungstermin nicht einhalten können**, wird höflichst ersucht, dies **rechtzeitig vorher bekanntzugeben**.

Wir sehen uns sonst gezwungen, den **versäumten Termin in Rechnung zu stellen**.

Wir bitten um Verständnis  
*Ihr Praxisteam*

ÄrzteZentrale P56

AUFKLEBER Ø 10 cm oder 20 cm



# URLAUB

Von ..... bis .....

Vertretungen übernehmen alle anderen anwesenden Vertragsärzte/ärztinnen

Ordination .....

Adresse ..... Tel. ....

Von ..... bis .....

Ordination .....

Adresse ..... Tel. ....

Von ..... bis .....

Bitte, teilen Sie der/dem aufgesuchten Vertreterin/Vertreter mit,  
dass Sie meine/mein Patientin/Patient sind.

FORMAT 335 x 240 mm  
KARTON gelb

Herrn .....  
Frau .....

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von                                 

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 3

**KARTON**

**VS**  
**RS**

Datum			

Herrn .....  
Frau .....

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung  
.....  
.....

im Betrag von \_\_\_\_\_

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

**PAPIER**

ÄrzteZentrale 3a

**VS**  
**RS**

Datum			

.....

Herrn .....  
Frau .....  
.....

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

.....  
.....

im Betrag von                     

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 4

**VS**  
**RS**

Datum			













Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Beruf:  
(oder Beruf des Mannes)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 8

---

Name:

Anschrift:  
Telefon:

Geburtsdaten:

Name der Krankenkasse:  
Privat:

Beruf:  
(oder Beruf des Versicherten)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 9

.....

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

ÄrzteZentrale 10

-----

Frau .....

Adresse: .....

befindet sich in der ..... Schwangerschaftswoche.

Voraussichtlicher Geburtstermin: .....

Voraussichtlicher letzter Arbeitstag: .....

.....  
Ort/Datum

.....  
Stempel/Unterschrift

ÄrzteZentrale 11

# Bestätigung über den Empfang von € \_\_\_\_\_

Euro \_\_\_\_\_

als Honorar für ärztliche Behandlung .....

bei Herrn/Frau .....

Adresse: .....

am .....

ÄrzteZentrale 2 (dasselbe in Buchform ÄrzteZentrale 36)

.....

An das  
**Labor** .....

Bitte bei .....

um



.....

## IMPF - BESCHEINIGUNG

Name: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Impfung gegen .....

.....

.....

.....

ÄrzteZentrale 15

Arztstempel/Unterschrift

FORMAT A6

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**

**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**

**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß

**Sehr geehrte Frau Kollegin!  
Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß

.....

An .....

Ich bitte höflich um Aufnahme, Therapie, Befundbericht, fachärztliche Untersuchung

Herr .....  
Frau .....  
Kind .....  
Stand .....  
Krk.-Kasse .....

wohnhaft .....  
Staatsbürgerschaft .....

geb. am ..... ist bei mir seit ..... in ärztlicher Behandlung.

Diagnose .....

Anmerkungen:

.....

Herr .....  
Frau .....

wohnhaft .....

geb. am ..... ist bei mir seit ..... in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit .....

Diagnose: .....

Herr .....  
Frau .....

wohnhaft: .....

geb. am ..... ist bei mir seit .....  
in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit .....

Diagnose: .....

ÄrzteZentrale 19a

FORMAT A6

An die Firma: .....

Herr / Frau .....

Adresse .....

Geb.-Datum ..... war von .....

bis ..... arbeitsunfähig.

Diagnose .....

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel / Unterschrift

# Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn  
Frau

---

FORMAT A4  
GEFALZT AUF A5



.....

.....

.....  
=====

Hiermit gestatte ich mir, meine Honorarnote  
vom ..... per ..... höflichst in  
Erinnerung zu bringen und ersuche um postwendende Überweisung.

Hochachtungsvoll

.....

.....

.....

Da Sie meine Mahnung vom .....  
unberücksichtigt ließen, muss ich Sie hiermit neuerlich dringendst bitten, mir  
den Betrag meiner Honorarnote vom .....

per .....  
\_\_\_\_\_

bis zum ..... einzusenden.

Ich hoffe, dass Sie mir durch strikte Einhaltung des angeführten  
Termins weitere Maßnahmen ersparen und zeichne

hochachtungsvoll

.....

An die Leitung .....

Der (Die) Schüler(in) .....  
(Name)

.....  
(Anschrift)

steht (stand) in meiner Behandlung und ist (war) von ..... 20 .....

voraussichtlich bis einschließlich ..... 20 .....verhindert,  
am Unterricht/Leibesübungen teilzunehmen.

.....  
(Unterschrift des Arztes)

ÄrzteZentrale 22

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit  
von ..... bis .....  
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am .....

Es vertritt mich .....  
.....

Mit kollegialem Gruß

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit  
von ..... bis .....  
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am .....

Mit kollegialem Gruß

ÄrzteZentrale 23a

---

An die Firma: .....

Herr .....  
Frau .....

Adresse .....

suchte heute meine Ordination in der Zeit

von ..... bis ..... auf.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift / Stempel

ÄrzteZentrale 24

.....

Name:

Tag	Datum	Stunde

Bitte diesen Schein bei jedem Besuch mitzubringen. Falls von einer der vorgemerkten Stunden nicht Gebrauch gemacht werden kann, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben, da sonst die versäumte, vorgemerkte Zeit in Rechnung gestellt werden müsste.

ÄrzteZentrale 25

Herrn .....  
Frau .....

.....  
.....

Sie werden höflichst ersucht, zwecks Fortsetzung, Kontrolluntersuchung bzw. Beendigung der Behandlung am ..... zu kommen.

Hochachtungsvoll

# Honorarnote

.... Besuchsgebühr .....		
.... Sonn-, Feiertags-, Nachtzuschlag .....		
....		
....		
.... Injektion .....		
....		
.... Medikamente .....		
....		
.... Weggebühr .....		
	Summe	
	plus	% MWSt.
	Gesamthonorar	
	inkl.	% MWSt.

ÄrzteZentrale 27

Herr .....  
Frau .....

wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die von der Kassa bewilligte Leistung medizinisch vollkommen ausreichend ist.

Auf eigenen Wunsch wurden folgende Sonderleistungen

.....

.....

.....

erbracht.

Unterschrift:

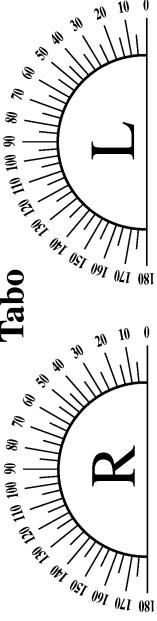
Datum: .....

---

*Rp.*

FORMATE:  
8,5 x 15 cm  
**10 x 17 cm**  
10 x 21 cm

# Tabo



Name: .....

Ferne: } O. D. .... } Pup.-Dist.: ..... mm  
          } O. S. .... }

Nähe: } O. D. .... } Pup.-Dist.: ..... mm  
          } O. S. .... }

Anmerkung: .....

Datum: .....

Prot. Nr. ....

Bitte das Rezept jedesmal mitzubringen!



KARTON WEISS

**BESTELLKARTE**

für .....

Tag	Datum	Stunde

Bitte diese Karte **j e d e s m a l** mitzubringen.  
Bei Nichteinhaltung der Stunden, wird höflichst ersucht,  
dies mindestens 24 Stunden vorher bekanntzugeben.

VS RS

Tag	Datum	Stunde

KARTON ORANGE

**BESTELLKARTE**

für .....

Tag	Datum	Stunde

Bitte diese Karte **j e d e s m a l** mitzubringen.  
Bei Nichteinhaltung der Stunden, wird höflichst ersucht,  
dies mindestens 24 Stunden vorher bekanntzugeben,  
da die Zeit verrechnet werden müsste.

VS RS

Tag	Datum	Stunde

# BITTE VORMERKEN

MO DI MI DO FR SA

den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Falls Sie verhindert sind, bitte um **rechtzeitige Absage**.

Stempel:

FORMAT 10 x 10 cm  
PAPIER 80g gelb

Nr. .... **Bestätigung** über den Empfang € \_\_\_\_\_

Betrag  
in Worten

erhalten von Herr/Frau .....

Adresse: .....

für ..... Ordination .....

für ..... Visiten .....

für Sonderleistungen .....

Diagnose .....

am .....

# HONORARNOTE

für    Herrn .....  
      Frau .....  
      .....

Ich erlaube mir, Ihnen für .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

meine Honorarnote im Betrage von € \_\_\_\_\_

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 43 lose zu 100 Blatt  
ÄrzteZentrale 43 Block zu 50 Blatt selbstdurchschreibend  
ÄrzteZentrale 30 Buch zu 50 Blatt selbstdurchschreibend

An .....  
.....

....., den .....

# Verletzungsanzeige / Ärztliche Bestätigung

Vor- und Zuname: ..... Geburtsdaten: .....

Wohnort: .....

Zeitpunkt der erstmaligen Untersuchung: .....

Unfallsort: .....

Beschreibung der Verletzung: .....  
(Art derselben, Ausdehnung, Form, Lage und Alter der Verletzung)

.....

Voraussichtlicher Grad der Verletzung: .....

Fremdverschulden: ja — nein .....

Weiterbehandlung nötig: ja — nein — ambulatorisch — häuslich .....

Dem Krankenhaus überwiesen am: .....

Spezialuntersuchung veranlasst: Röntgen — Facharzt

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: .....

Herrn .....  
Frau .....

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von \_\_\_\_\_

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 41a

Bei der heutigen Schuluntersuchung Ihres Kindes ..... wurde

festgestellt.

**FORMAT A6**

Zu empfehlen ist:

ÄrzteZentrale 45

An:

Herr .....  
Frau .....

wohnhaft: .....

geb. am: .....

Ansuchen um: .....

Diagnose:

# Elektrokardiogramm-Befund

von Herr \_\_\_\_\_  
Frau \_\_\_\_\_

FORMAT A4  
GEFALZT AUF A5

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapieverschlagn:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß



**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Anamnese:

Status:

Diagnose:

Therapieverschlagn:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß

.....

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei .....

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung  
mit kollegialem Gruß



Ich erlaube mir, Ihnen für Leistungen in der Zeit

von ..... bis .....

meine Honorarnote im Betrage von Euro \_\_\_\_\_

zu überreichen.

Hochachtungsvoll

## INFEKTIONSFREIHEITSSCHEIN

Der (Die): .....

wohnhaft in ..... geb. am: .....

ist frei von Zeichen irgendwelcher Infektionskrankheit und Ungeziefer. Auch in der Umgebung kein Vorkommen von ansteckenden Krankheiten.

Datum: .....

ÄrzteZentrale 60

---

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne e-Card in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, dass Sie die e-Card binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

ÄrzteZentrale 65

Herr .....  
Frau .....  
Adresse .....

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne Überweisung in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, dass Sie die Überweisung binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

.....  
Datum und Unterschrift  
der Patientin / des Patienten

**Sehr geehrte Frau Kollegin!**  
**Sehr geehrter Herr Kollege!**

Ich bitte höflichst um fachärztliche Untersuchung, Befundbericht, Therapie

bei meinem(r) Patienten(in) .....

wohnhaft .....

geb. am ..... ist bei mir seit .....

in ärztlicher Behandlung wegen folgender Beschwerden: .....

.....

.....

Meine bisherige Behandlung: .....

.....

.....

Mit kollegialem Gruß

.....  
An die Leitung .....

Der (Die) Schüler(in) .....  
(Name)

.....  
(Anschrift)

stand wegen .....

von ..... bis ..... in meiner Behandlung.  
Bitte das Fernbleiben vom Unterricht zu entschuldigen.

Es wird empfohlen, den (die) Schüler(in)  
für die Dauer vom ..... bis .....  
vom Turnunterricht zu befreien.

.....  
(Unterschrift des Arztes)

-----  
An die Firma: .....

Herr .....  
Frau .....

Adresse .....

steht seit .....

voraussichtliche Dauer .....  
in meiner Behandlung und ist pflegebedürftig.

Pflegeperson .....

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Stempel

1. SEITE  
FORMAT A4  
GEFALZT AUF A5

# HONORARNOTE



.....

für Herrn .....  
Frau .....

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis .....

meine Honorarnote im Betrage von \_\_\_\_\_

zu überreichen.

Medikamente: \_\_\_\_\_

Gesamtsumme \_\_\_\_\_

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄZ 72a / 2. SEITE



An .....

.....

.....

Es wird bestätigt, dass

Herr / Frau .....

.....

ab einschließlich .....

pflegebedürftig erkrankt ist.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift, Stampiglie

ÄrzteZentrale 76 (Entwurf: NÖ-Ärztelkammer)

## Anweisung zur Einnahme verordneter Medikamente

Name \_\_\_\_\_

Medikament	Wochentag	morgens		mittags		abends		nachts
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	
		dem Essen		dem Essen		dem Essen		

Ich bitte, diese Anweisung stets zur Sprechstunde mitzubringen!

<b>PRIVAT</b>		<b>ÖGK</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB	<input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/>	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionsstuf.(m)	7 Kriegshinter- bleibene(r)	9	
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							
Überweisung	Einweisung	Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!							
Verordnung									
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!									
Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer		Tag Monat Jahr							
Patient(in)		Tag Monat Jahr							
Anschrift									
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)									
<b>Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!</b>									
<b>Diagnose:</b>									
		Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes							
		Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes							

ÖGK \_\_\_\_\_

# PRIVATREZEPT

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

A  B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

\_\_\_\_\_

1  
Erwerbstätig  
Arbeitslos  
Selbstversichert

5  
Pensionist(in)

7  
Kriegshinter-  
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Patient/in

Tag Mon. Jahr

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum:

Rp.

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

<b>WAHLARZT</b>		<b>Beiblatt Quartal</b>	ÖGK	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB	<input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/>	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9
Überweisung		Einweisung	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Verordnung		. / . .	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							
Familienname(n) Vorname(n)		Versicherungsnummer Tag    Monat    Jahr							
Patient(in)		Tag    Monat    Jahr							
Anschrift									
Versicherte(r) (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Tag    Monat    Jahr							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)									
<b>Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!</b>									
<b>Diagnose:</b>		Überweisung an / Einweisung in: Diagnose / Begründung: Erbeten wird / Verordnung:							
		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes							
		Stempel und Unterschrift des Arztes Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes							

ÖGK \_\_\_\_\_

# WAHLARZT

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

A  B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

1  
Erwerbstätig  
Arbeitslos  
Selbstversichert

5  
Pensionist(in)

7  
Kriegshinter-  
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tag Mon. Jahr

Anschrift

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Taxe	Gültig: 1 Monat ab Verordnung Rp.	Datum:
Rezeptgebühr		
Anzahl _____		

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

# PRIVAT-HONORARNOTE

Nr. ....

Für Herrn/Frau: .....

Adresse: .....

Ich erlaube mir, Ihnen für die ärztliche Leistung meine Honorarnote zu überreichen:

Anzahl	Leistungen	Betrag
.....	Ordination, am .....	.....
.....	Ordination mit eingehender Untersuchung, am .....	.....
.....	Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang, am .....	.....
.....	Krankenbesuch, am .....	.....
.....	Doppelkilometer, am .....	.....
.....	Sonderleistungen und Sonstiges, am .....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	SUMME:	<u>€ .....</u>

Diagnose: .....

.....  
.....

Hochachtungsvoll

Saldierungsvermerk:          
---

.....  
Datum, Unterschrift und Arztstempel



# Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) \_\_\_\_\_

An die \_\_\_\_\_

.....  
..... (Ort, Datum)

(Versicherungsnummer angeben)

## Antrag auf Kostenrückerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich umseitige Privathonorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein

Konto IBAN ..... (Geldinstitut)

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir zu gewährenden Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichneten Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsansuchen stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

## Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

.....  
(Unterschrift des Versicherten)

# KURZBRIEF

**Mit der Bitte um:**

- Kenntnisnahme
  - Erledigung
  - Genehmigung
  - Stellungnahme
  - Unterschrift
  - Behandlung wie besprochen
- Rücksendung
  - Angebot
  - Anruf/Rücksprache
  - Entscheidung
  - Weiterleitung an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit freundlichen Grüßen

**FORMAT: 210 x 105 mm**

# Telefax / Kurzbrief

Datum: \_\_\_\_\_

An: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betrifft: \_\_\_\_\_

Name:

Adresse:

Tel.:

Beruf:

Geb.-Datum:

Kirk.:

**VS**  
**FORMAT 21 x 13 cm**

**ÄZ 102 – RS**  
**FORMAT 21 x 13 cm**

Name:

Adresse:

Tel.:

Beruf:

Geb.-Datum:

Krkt.:

**ÄZ 103 - VS**

**ÄZ 103 - RS**

**ÄZ 113 – VS  
KARTON**



**ÄZ 113 – RS  
KARTON**

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 114 – VS  
KARTON  
FORMAT A4**

**ÄZ 114 – RS  
KARTON  
FORMAT A4**



**ÄZ 119 – RS  
KARTON  
FORMAT 40 x 21 cm  
2 x GEFALZT  
1. FALZ = 12,5 cm  
2. FALZ = 28,1 cm  
ENDFORMAT  
21 x 15,6 cm**

ÄrzteZentrale 101

**VS**  
**RS**



Wie gut es Ihnen wirklich geht, erfahren Sie  
bei der **Gesundenuntersuchung** **Zeit.**  
Nehmen Sie sich die

Liebe Patientin, lieber Patient!

Es ist wieder an der Zeit, an Ihre  
Gesundenuntersuchung zu denken.

Ihre Gesundheit ist mir ein wichtiges  
Anliegen. Schauen wir doch gemeinsam,  
wie es darum steht.

Bei der Gesundenuntersuchung.  
Ich würde mich freuen, Sie bald  
zu sehen!

Mit besten Grüßen

FORMAT A6  
2seitig - FÄRBIG



---

---

---

---

PS: Rufen Sie in der Praxis an!

## Notizen

---





# **SPEZIALDRUCKE für KONGRESSE - TAGUNGEN - SYMPOSIEN**

**Beratung | Gestaltung  
rascheste Durchführung**

**Plakate  
Einladungen | Folder  
Programme | Abstraktbände  
Anmeldeformulare | Handouts  
Namenskärtchen (Badges) mit Aufdruck & Lanyards  
Teilnahmebestätigungen | Kassabücher  
Hinweistafeln | Vorsitzendenschilder  
Urkunden | Bons**



**Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft  
Maria Rodler & Co Ges.m.b.H.**

**Freyung 6, 1010 Wien**

**T (01) 536 63-73 | F (01) 535 60 16  
E [maw@media.co.at](mailto:maw@media.co.at) | [www.maw.co.at](http://www.maw.co.at)**

**Organisation von Ausstellungen und Kongressen**

**Virtuelle Formate • Posterbau**



# ÄrzteZentrale

---

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler e.U.  
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler

Postadresse: A-1011 Wien, Postfach 155

**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6  
(im Schottenhof)**

**[www.aerztezentrale.co.at](http://www.aerztezentrale.co.at)**

---

## DRUCKSORTEN

**T (01) 531 16-25**

**F (01) 533 13 93**

**E [verkauf@aerztezentrale.co.at](mailto:verkauf@aerztezentrale.co.at)**

Gute Parkmöglichkeiten:

Kurzparkzone oder Freyung-Garage

Bitte geben Sie in Ihrem Interesse  
– zwecks Portoersparnis –  
größere Bestellungen auf.

### **Öffnungszeiten:**

Montag – Donnerstag von 8.00 – 18.00 Uhr

Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr

durchgehend geöffnet

Samstag geschlossen

### **Geänderte Sommeröffnungszeiten**

**Juli/August**

---

## ADRESSENVERLAG

**T (01) 531 16-17**

**F (01) 532 12 82**

**E [versand@aerztezentrale.co.at](mailto:versand@aerztezentrale.co.at)**

Versand – Kopien – Vervielfältigungen –  
Schnelldrucke

kurzfristig – schnell – preisgünstig

---

## TELEFONZENTRALE

**T (01) 531 16**

**F (01) 531 16-66**

**E [service@aerztezentrale.co.at](mailto:service@aerztezentrale.co.at)**

---

# ÄrzteZentrale Telefonzentrale (01) 531 16

*Ihr Telefonservice  
österreichweit  
12 Stunden am Tag*

