

KASSEN- FORMULARE FÜR WIEN

NEU!



ÄrzteZentrale
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

Kassenformulare der ÖGK

Die ÄrzteZentrale bietet Ihnen ab sofort das Service an, den Druck der Kassenformulare der ÖGK zu übernehmen.

Unser Serviceangebot erspart Ihnen Formatierungs-, Druck- und Zuschneideprobleme!

BESTELLUNGEN

per E-mail: verkauf@aerztezentrale.co.at
per Telefon: (01) 531 16-25
per Fax: (01) 533 13 93
per Post: Helferstorferstraße 2
 1011 Wien, Postfach 155

Auch bei Lockdown ist eine Abholung möglich:

Montag – Donnerstag: 8.00 – 17.00 Uhr

Freitag: 8.00 – 15.00 Uhr

per 100 Blatt A5 € 8,80
 A4 € 10,90
 zzgl. 20% MwSt.
 zzgl. Porto

Wir bemühen uns, die für Sie gedruckten Formulare aktuell zu halten und gleichen sie regelmäßig mit den auf der Website der ÖGK zur Verfügung gestellten Vorlagen ab. Die Entscheidung über die Verwendung der Formulare bleibt aber beim Arzt, die ÄrzteZentrale übernimmt keine Gewährleistung.

Druck: ROBIDRUCK, 1200 Wien – www.robidruck.co.at

STAND 2021 - ÄNDERUNGEN VORBEHALTEN!

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

Überweisung

Familienname Patient/in	Vorname	Versicherungsnummer	Datum der Übergabe	Unterschrift der/des Patientin/en (bzw. der Begleitperson)
Anschrift	Tag	Monat	Jahr	Überweisung an: <input type="checkbox"/> Vertragsfachärztin/-arzt (Ambulatorium) <input type="checkbox"/> Vertragsärztin/-arzt für Allgemeinmedizin
Versicherte /r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)	Tag	Monat	Jahr	für _____ wegen: _____
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen!			

Arztin-/Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung	Von der/dem behandelnden/befundenden Ärztin/Arzt auszufüllen!
	Diagnose:
Datum	Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes
11-ÖGK12/24_01.01.2020	Stempel und Unterschrift der/des Aztin/Arztes
	Beginn der Behandlung bzw. Befundung

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:

Erläuterung! Sonderleistungen sind durch Angabe der Pos.-Ziffer des Sonderleistungsartefes in der zutreffenden Datumsspalte zu kennzeichnen.

öGK		Andere Kostenträger		1	5	7	9
				Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensionist/in	Kriegshinter- bliebene/r	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							

Röntgen-Zuweisung

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		Tag Monat Jahr
Anschrift		Tag Monat Jahr
Versicherte /r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)		
Klinische Angaben, Diagnose bzw. Fragestellung		

Von der/dem Ärztin/Arzt nicht auszufüllen!		
Pos.-Nr.		
Frequenz		
Datum	Datum	
Röntgen - Untersuchung - Behandlung; Ultraschall - Untersuchung Körperteil (möglichst exakte Abgrenzung)		
Klinische Angaben, Diagnose bzw. Fragestellung		
Daten der Untersuchungen bzw. Behandlungen		Pos.-Nr. bzw. Art und Anzahl der erbrachten Leistungen

Stempel und Unterschrift der/des Fachärztin/-arztes für Radiologie

Stempel u. Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Röntgenambulanzen der Österreichischen Gesundheitskasse in Wien

- 6., Gesundheitszentrum Mariahilf, Mariahilfer Straße 85–87
- 10., Gesundheitszentrum Favoriten, Wienerbergstraße 13
- 21., Gesundheitszentrum Floridsdorf, Karl-Aschenbrenner-Gasse 3

Röntgeninstitut im Hanusch-Krankenhaus (Behandlung und Therapie):

- 14., Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collin-Straße 30

Nuklearmedizinische Institute:

- 10., Gesundheitszentrum Favoriten, Wienerbergstraße 13
- 14., Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collin-Straße 30

Sonstige Röntgenambulatorien

- 9., Sanatorium Hera-Radiologie, Löblichgasse 14
- 19., Ambulatorium Döbling - Röntgen, Heiligenstädter Straße 55–63

Fachärztinnen/ Fachärzte für Radiologie in Wien

- 1., Laurenzerberg 2, Diagnose Zentrum Urania
Dr. Conrad Riedl, Dr. Lucas Prayer, Dr. Wolfgang Drahanowsky, Dr. Peter Barton, Dr.ⁱⁿ Monika Zwickl
- 2., Praterstern 2, Röntgen Praterstern,
Dr.ⁱⁿ Monika Zwickl, Dr. Conrad Riedl, Dr. Lucas Prayer,
Dr. Wolfgang Drahanowsky, Dr. Peter Barton
- 3., Klimeschgasse 16/6, Dr. Bernhard Schwaighofer,
Dr. Christian Zolles, Dr. Felix Stuschka,
Dr.ⁱⁿ Elisabeth, Larch-Stuschka, Dr. Gerhard Zier
- 4., Wiedner Hauptstraße 15/II/Stock 2-3
Dr.ⁱⁿ Alexandra Resch, Dr. Christoph Bernhard,
Priv. Doz. Dr. Markus Reiter
- 5., Nikolsdorfer Gasse 32-36
Dr.ⁱⁿ Alexandra Resch, Dr. Christoph Bernhard,
Priv. Doz. Dr. Markus Reiter
- 6., Mariahilfer Straße 47/Stg. 1/4/9,
Doz. Dr. Florian Grabenwöger
- 8., Skodagasse 32,
Univ. Prof. Dr. Dock Wolfgang, Dr. Helmuth Mendel
- 9., Lazarettgasse 16–18, Univ. Doz. Dr. Hans Jantsch,
Dr. Andreas Brezina
- 10., Ada-Christen-Gasse 2/D, Hansson-Röntgen,
Dr. Andreas Lustig, Dr. Christoph Schönbauer
- 10., Eisenstadtplatz 8/13/5–6, Dr. Rüdiger Seyss
- 10., Am Hauptbahnhof 2/4, OG, DZ 10 Radiologie
Univ. Doz. Dr. Karl Turetschek,
Dr. Patrick Wunderbaldinger,
Dr. Michael Töpker
- 11., Simmeringer Hauptstraße 101–103/1
Dr. Oliver Altenhuber, Dr.ⁱⁿ Ingrid Mazevski-Lobner
- 12., Koppreitergasse 2, Dr. Andreas Lustig,
Dr. Christoph Schönbauer
- 12., Meidlinger Hauptstraße 7–9, ,
Dr.ⁱⁿ Juliane Kramer-Deimer,
Univ. Doz. Dr. Klaus Preidler
- 13., Hofwiesengasse 44, Dr. Martin Wunsch,
Dr.ⁱⁿ Silvia Czerveňniak
- 14., Linzer Straße 383–385, Dr. Herwig Enter
- 14., Kuefsteingasse 15–19, Dr.ⁱⁿ Alexandra Resch,
Dr. Christoph Bernhard, Priv. Doz. Dr. Markus Reiter
- 16., Koppstraße 31, Röntgen Ottakring
Dr.ⁱⁿ Isabella Gruber, Dr.ⁱⁿ Jutta Wittmann-Schubert
- 17., Hernalser Hauptstraße 85,
Dr. Dimiter Tscholakov, Dr.ⁱⁿ Beatrice Litman-Roventa,
Prim. Univ. Prof. Dr. Murat Ersek
- 18., Hans-Sachs-Gasse 10–12, Dr. Bernhard Schwaighofer
- 18., Währinger Straße 138, Prof. Dr. Peter Pokieser
- 18., Gersthofer Straße 16, Dr. Hans Perter Sochor,
Priv. Doz. Dr. Philipp Peloschek, Dr. Robert Vollman
- 19., Rudolfinergasse 13, Radiologie Oberdöbling
Wolf, Neuhold, Berger-Horak
- 20., Leithastraße 25, Dr. Michael Helmer
- 20., Pasettistraße 71–75, Univ. Prof. Dr. Friedrich Winkelbauer, Univ. Prof. Dr. Bernhard Partik,
MUDr. Vit Havel, Dr. Marcel Omid Philipp
- 21., Brünner Straße 13/2/1/7, Dr. Martin Wunsch,
Dr.ⁱⁿ Silvia Czerveňniak
- 21., Brünner Straße 13/2/7, Dr.ⁱⁿ Ursula Hirmann-Schmid
- 21., Pastorstraße 2A/Top 13, Röntgen Wien Nord,
Dr. Martin Hofstetter, Dr.ⁱⁿ Natalia Bürger,
Prim. Univ. Doz. Dr. Andreas Hermeth
- 21., Mitterhofergasse 2/Stg. 8, Univ. Prof. Dr. Viktor Metz,
Dr. Karl Gindl
- 22., Langobardenstraße 103B, Dr. Fritz Pinterits
- 22., Stadlauer Straße 62/2. OG, Dr.ⁱⁿ Maryam Schatzer,
Dr. Alfred Schmiel, Dr. Wolfgang Appel
- 22., Donaustadtstraße 1, Dr. Günther Alth,
Dr. Friedrich Vorbeck
- 23., Perchtoldsdorfer Straße 15–19, Röntgen Liesing,
Dr.ⁱⁿ Isolde Tröstl, Dr.ⁱⁿ Michaela Sokol,
Univ.-Doz. Dr. Erich Steiner

Eine aktuelle Liste von Röntgeneinrichtungen, die am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnahmeberechtigt sind, erhalten Sie unter www.frueh-erkennen.at oder bei der kostenlosen Telefon-ServiceLine unter 0800 500 181.

	ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionsr/in	7 Kriegshinter- bliebener/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Labor-Zuweisung

Familienname Patient/in	Versicherungsnummer <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> Tag Monat Jahr
Anschrift	Vermutungsd Diagnose Zu untersuchen
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger/ ist)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20%; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)	

Durchgeführte Untersuchungen Vom Laboratorium auszufüllen!	Anmerkung der Ärztin/des Arztes
 	Datum _____ Datum _____
 	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes, der die Untersuchung durchgeführt hat
 	Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Laboratorien der Österreichischen Gesundheitskasse in Wien

- 3., Gesundheitszentrum Landstraße, Strohgasse 28
- 6., Gesundheitszentrum Mariahilf, Mariahilfer Straße 85–87
- 10., Gesundheitszentrum Favoriten, Wienerbergstraße 13
- 14., Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collin-Straße 30
- 21., Gesundheitszentrum Floridsdorf, Karl-Aschenbrenner-Gasse 3

Vertragsfachärzte/innen für med. und chem. Labordiagnostik in Wien

- | | |
|--|--|
| 1., Dr.-Karl-Lueger-Platz 2, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG | 13., Dommayergasse 12, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner |
| 2., Praterstraße 22, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner | 14., Linzer Straße 73, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG |
| 3., Ziehrerplatz 9, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG | 15., Gablenzgasse 1–3, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG |
| 4., Margaretenstraße 5, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG | 15., Meiselstraße 8, Blutabnahmestelle, Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner |
| 8., Bennogasse 9, Dr. Monika Breuer | 20., Leithastraße 19–23, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner |
| 9., Währinger Straße 63, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG | 21., Kürschnergasse 6B, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner |
| 10., Humboldtgasse 20, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner | 22., Langobardenstraße 103 B, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner |
| 10., Rotenhofgasse 14, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG | 22., Wagramer Straße 144, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG |
| 11., Simmeringer Hauptstraße 147, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner | 23., Breitenfurter Straße 350, Blutabnahmestelle, Greiner & Partner, Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG |
| 12., Meidlinger Hauptstraße 7–9, Blutabnahmestelle, Gruppenpraxis-Labor Mühl – Speiser – Bauer – Spitzauer u. Partner | |

Vertragseinrichtungen für med. und chem. Labordiagnostik in Wien

- | | |
|--|---|
| 5., Stolberggasse 44, Labor Margareten | 17., Rosensteingasse 49, Labor Hernalis |
| 7., Mariahilfer Straße 82, Labor Neubau | 18., Gymnasiumstraße 39, Labor Währing |
| 9., Schwarzspanierstraße 15, Labor Alsergrund | 19., Saarplatz 9, „Medizinisch-diagnostisches Labor Dr. Dostal“ |
| 9., Löblichgasse 14, Sanatorium Hera-Labor | 21., Pius-Parsch-Platz 1, Labor Floridsdorf |
| 10., Otto-Probst-Straße 22–24/7, Labor Favoriten | 22., Donaustadtstraße 1, Labor Donauzentrum |

Ambulatorien für Pilzinfektionen und andere infektiöse vener oder matologische Erkrankungen in Wien


- | | |
|--|---|
| 8., Schlösselgasse 19, Pilzambulatorium Schlösselgasse | 21., Franz Jonas-Platz 8, Pilzambulatorium Floridsdorf GmbH |
| 13., Lainzer Straße 58, Pilzambulatorium Hietzing GmbH | |
- 11-ÖGK 12/11. 01.10.2020 Beiblatt

ÖGK				
Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Alterslos Selbstvers.	5 Pensionsist/in	7 Kriegshinter- bliebenen/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				

Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

Familienname _____ Patient/in _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____	Aufzahlung für Brillengläser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fassung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Empfang des Behelfes wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum _____
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	
Vorbezug: Befürwortet: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heil- behelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____	
Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch die Kasse (Rezeptgebührenbefreiung) bzw. Stempel, Unterschrift. Datum bei Bewilligung durch die Kasse: _____	
Unterschrift der/des Empfängere(in)/Empfänger	


Die Achsenrichtung ist nur im Tabo-Schema anzugeben!



180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

R

Pupillardistanz _____ mm



180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

L

	sphärisch	zylindrisch	Achte Tabo
R	R	L	O
L	L	R	O
R	R	L	O
L	L	R	O

Art des Sehbehelfes: _____

Allfällige med. Begründung: _____

	Verrechnet am _____
Datum der Verordnung	Datum
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes	Stempel der/des Vertrags-partner(in)/partners

Hinweis

Nähere Informationen zu genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Sehbehelfen und Augenprothesen finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Nähere Auskünfte betreffend **Sehbehelfe** für das Bundesland Wien erhalten Sie in der Kundenservicestelle Favoriten, in der Gruppe Leistungserbringung der Leistungsabteilung, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, Tel. +43 5 0766-112810 DW.

Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Genehmigung auch per Fax unter der Nummer +43 5 0766-113550, 113588 entgegen.

Verordnung zur physikalischen Behandlung

ÖGK

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Patient/in ist arbeitsunfähig:
 ja nein

Bearbeitungsvermerk der Kasse
 Anspruch kein Anspruch

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

Anschrift

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

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Diagnose

Anzahl und Art der Behandlungen

Andere Kostenträger

1
 Erwerbstätig
 Arbeitslos
 Selbstvers.

5
 Pensionist/in

7
 Kriegshinter-
 bliebene/r

9

Bewilligung durch die Chefärztin/den
 Chefarzt

_____ Anwendungen bewilligt abgelehnt
 bewilligt Hausbesuch abgelehnt
 Vermerke siehe Rückseite

Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des
 Chefarztes/Sachbearbeiters

Bearbeitungsvermerk der
 Vertragspartnerin/des Vertragspartners:

Datum Unterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/
 des Vertragspartners

Verrechnet am _____

Datum Stempel der Vertragspartnerin/
 des Vertragspartners

11-ÖGK12/204_01.01.2020 **Bitte Rückseite beachten!**

Behandlungsdatum
 Unterschrift der Patientin/
 des Patienten

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Vermerke des Krankenversicherungsträgers:

ÖGK				
	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient/in _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Diagnose _____

Verordnung _____

Verrechnet am _____

Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt:

Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____

Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein

Chefärztliche Entscheidung Bewilligt Abgelehnt

Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in _____

Datum / Unterschrift der Rückstellern/ des Rückstellers _____

Datum der Verordnung _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____

Bitte Rückseite beachten!

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Nähere Auskünfte betreffend **Heilbehelfe und Hilfsmittel** für das Bundesland Wien erhalten Sie in der Kundenservicestelle Favoriten, in der Gruppe Leistungserbringung der Leistungsabteilung, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, Tel. +43 5 0766-112810 DW.

Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Genehmigung auch per Fax unter der Nummer +43 5 0766-113588 entgegen.

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

MR-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 3 Monate,
vom Ausstellungstage an gerechnet, gültig.

ACHTUNG:

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten, ist das Formular **vollständig in allen Rubriken** auszufüllen.

MR-UNTERSUCHUNG

Zu untersuchende Region
(möglichst **exakte** Abgrenzung!):

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)		

Klinische Symptomatik: _____

Konkrete Fragestellung: _____

Bereits erhobene Befunde: _____

Kontrastmittelabgabe bei MR-Untersuchung:

nein

ja; wenn ja:

Art des KM: _____

Menge des KM: _____ ml

Besondere Vermerke: _____

Wien, _____

Wien, _____

Wien, _____

Vertragseinrichtungen für MR-Untersuchungen in Wien

Diagnosezentrum Urania

1010 Wien, Laurenzerberg 2, Tel.: +43 1 200 200
www.dzu.at

Diagnosezentrum Favoriten

1100 Wien, Am Hauptbahnhof 2, Tel.: +43 1 602 28 29
www.dz10.at

Hansson Diagnostik

1100 Wien, Ada-Christen-Gasse 2D, Tel.: +43 1 688 53 82
www.hansson-diagnostik.at

Diagnosezentrum Simmering

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101, Tel.: +43 1 749 71 76
www.diagnosehaus.at

Diagnosezentrum Meidling

1120 Wien, Meidlinger Hauptstraße 7-9, Tel.: +43 1 813 33 81
www.diagnostikum.at

Radiologicum Penzing

1140 Wien, Kuefsteingasse 15-19, Tel.: +43 1 982 55 88
www.radiologicum1140.wien

Magnetresonanz-Tomographie Hernalis

1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 85, Tel.: +43 1 408 40 80
www.radiologiehernalis.at

Diagnosticum Röntgenambulatorium Gersthofer Straße

1180 Wien, Gersthofer Straße 16, Tel.: +43 1 470 86 26
www.diagnosticum.at

Rudolfinerhaus

1190 Wien, Billrothstraße 78, Tel.: +43 1 360 36-6301
www.rudolfinerhaus.at

Ambulatorium Döbling

1190 Wien, Heiligenstädter Straße 55-63, Tel.: +43 1 360 66-5533
www.ambulatorium-doebling.at

Diagnosezentrum Brigittenau

1200 Wien, Pasettistraße 71-75, Tel.: +43 1 350 26 26
www.dzb.at

Röntgen Wien Nord Dres. Grampp, Herneth und Partner

1210 Wien, Pastorstraße 2a, Tel.: +43 1 258 41 75
www.roentgen-wien-nord.at

Diagnosezentrum Donaustadt

1220 Wien, Donaustadtstraße 1, Tel.: +43 1 203 31 26
www.radiologie-wien.at

Diagnosezentrum Stadlau

1220 Wien, Langobardenstraße 103B, Tel.: +43 1 285 77 00
www.diagnosezentrum-stadlau.at

MR/CT-Institut Univ.Doz.Dr. Steiner & Dr. Tröstl

1230 Wien, Perchtoldsdorfer Straße 15-19, Tel.: +43 1 869 02 08
www.dz-liesing.at

Mein Gesundheitszentrum Favoriten

1100 Wien, Wienerbergstraße 13, Tel.: +43 5 0766-114233
www.gesundheitskasse.at

Mein Hanusch-Krankenhaus

1140 Wien, Heinrich Collin-Straße 30 (EG), Tel.: +43 1 910 21-86648
www.gesundheitskasse.at

Evangelische Krankenhaus

1180 Wien, Hans-Sachs-Gasse 10-12, Tel.: +43 1 402 80 62
www.diagnosehaus.at

Achtung! In Wien ist nur bei den oben genannten Anbietern eine für die Patientin/den Patienten kostenfreie Leistung möglich.

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebenen/in	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

CT-Zuweisung

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

ACHTUNG:
Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten, ist das Formular **vollständig in allen Rubriken** auszufüllen.

CT-UNTERSUCHUNG

Zu untersuchende Region (möglichst **exakte** Abgrenzung!):

Klinische Symptomatik: _____

Konkrete Fragestellung: _____

Bereits erhobene Befunde: _____

(Nur von der/dem untersuchenden Ärztin/Arzt auszufüllen)

Angabe des für die Untersuchung erforderlichen Kontrastmittels: _____

Mengenangabe: _____ ml

Besondere Vermerke: _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Datum _____

Genehmigungsvermerk der Österreichischen Gesundheitskasse

Datum _____

Stempel und Unterschrift der CT-Einrichtung

Vertragseinrichtungen für CT-Untersuchungen in Wien

Diagnosezentrum Urania

1010 Wien, Laurenzerberg 2, Tel.: +43 1 200 200
www.dzu.at

CT-Privatklinik - Confraternität

1080 Wien, Skodagasse 32, Tel.: +43 1 401 14-0
www.confraternitaet.at

Sanatorium Hera

1090 Wien, Löblichgasse 14, Tel.: +43 1 31350-0
www.hera.co.at

Hansson Diagnostik

1100 Wien, Ada-Christen-Gasse 2D, Tel.: +43 1 688 53 82
www.hansson-diagnostik.at

Diagnosezentrum Favoriten

1100 Wien, Am Hauptbahnhof 2/4 OG Tel.: +43 1 602 28 29
www.dz10.at

Diagnosezentrum Simmering

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101, Tel.: +43 1 749 71 76
www.diagnosehaus.at

Diagnosezentrum Meidling

1120 Wien, Meidlinger Hauptstraße 7-9, Tel.: +43 1 813 33 81
www.diagnostikum.at

Diagnosezentrum Hietzing

1130 Wien, Hofwiesengasse 44, Tel.: +43 1 804 62 25
www.dzh.at

Radiologicum Penzing

1140 Wien, Kuefsteingasse 15-19, Tel.: +43 1 982 55 88
www.radiologicum1140.wien

Computertomographie-Hernals

1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 85, Tel.: +43 1 408 40 80
www.radiologiehernals.at

Diagnosticum Röntgenambulatorium Gersthofer Straße

1180 Wien, Gersthofer Straße 16, Tel.: +43 1 470 86 26
www.diagnosticum.at

Ambulatorium Döbling

1190 Wien, Heiligenstädter Straße 55-63, Tel.: +43 1 360 66-5533
www.ambulatorium-doebling.at

Rudolfinerhaus

1190 Wien, Billrothstraße 78, Tel.: +43 1 360 36-6301
www.rudolfinerhaus.at

Diagnosezentrum Brigittenau

1200 Wien, Passettstraße 71-75, Tel.: +43 1 350 26 26
www.dzb.at

Diagnosezentrum Floridsdorf Univ.Prof. Dr. Viktor Metz & Dr. Karl Gindl

1210 Wien, Mitterhofergasse 2/8, Tel.: +43 1 292 41 49
www.diagnosezentrum-floridsdorf.at

Röntgen Wien Nord Dres. Grapp, Herneth und Partner

1210 Pastorstraße 2a, Tel.: +43 1 258 41 75
www.roentgen-wien-nord.at

Diagnosezentrum Donaustadt

1220 Wien, Donaustadtstraße 1, Tel.: +43 1 203 31 26
www.radiologie-wien.at

MR/CT-Institut Univ.Doz.Dr. Steiner & Dr. Tröstl

1235 Wien, Perchtoldsdorfer Straße 15-19, Tel.: +43 1 869 02 08
www.dz-liesing.at

Mein Hanusch-Krankenhaus

1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30 (EG), Tel.: +43 1 910 21-86630
www.gesundheitskasse.at

Achtung! In Wien ist nur bei den oben genannten Anbietern eine für die Patientin/den Patienten kostenfreie Leistung möglich.

öGK	Andere Kostenträger	1	5	7	9
		Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensionist/in	Kriegshinter- bliebene/r	

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Antrag auf Kostenübernahme

für Zahnersatz

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient/in _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine/ein Angehörige/r ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Unfalltag _____ Ursache des Unfalles _____

Behandlungsplan und Antrag auf Kostenübernahme

	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!																
II																	
I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	I
I	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	I
II																	II

Erläuterungen siehe Rückseite!

Beantragte Leistung: Abrechnung:

OK	UK	Ges.	Leistungsart	OK	UK	Ges.	Beitrag EUR
			Totale Kunststoff-Prothese als Dauerversorgung (T)				
			Kunststoff-Prothese (KU)				
			Metallgerüst-Prothese (MG)				
			Zähne				
			Klammern / Sauger				
			Verblendmetall-Keramikkroneh an Kieferzähnen (VMK)				
			Vollmetall-Kroneh				
			Klammerzähnen (VG)				

Der Zahnersatz wurde übernommen:

Gesamtbetrag _____
Anteil d. Vers. _____

Datum _____ Unterschrift des/der Patienten/in _____

Kostenübernahmezusicherung der Kasse

Gesamtkosten..... EUR _____
 Anteil der Kasse.... EUR _____
 Anteil des Vers..... EUR _____

Datum, Stempel und Unterschrift der Kasse _____

Erläuterungen zum Zahnschema:

1. Bezeichnen Sie in den Feldern I Zähne, die ersetzt werden, mit X, Klammmerzähne, die überkront werden, mit O.
2. Setzen Sie in den Feldern II alle Kurzbezeichnungen, zB VG oder VMK, für die Art der Klammerkronen ein. Füllen Sie die Felder II auch dann aus, wenn der Antrag auf Klammerzahnkronen ohne gleichzeitigen Antrag auf eine Zahnprothese gestellt wird. Markieren Sie in diesem Falle die bereits proth. ersetzten Zähne mit Z.
3. Bei der Kunststoff-Prothese als Dauerversorgung genügt die Bezeichnung T ohne nähere Zahnbezeichnung.

Vorbezug:

Kassenvermerke:

Vermerke des/der Vertrags-Zahnarztes/ärztin, -Dentisten/in:

ÖGK		Anderer Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinterbliebene/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!						
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						

Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung

Art der Fehlbildung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Familienname _____ Vorname _____
 Versicherungsnummer _____
 Patient/in _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

- a) Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen
- b) Unterzahl von drei benachbarten oder von vier oder mehr Zähnen in einem Kiefer
- c) Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer
- d) Totale Nonokklusion
- e) Extremer oberer Schmal kiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- f) Extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen paradontalen Gebiet
- g) Frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren
- h) Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnhufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- i) Extreme Frontzahnhufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- j) Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in lit. a) bis i) genannten Anomalien entsprechen
- k) Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen Fachgebieten gehören (HNO-Krankheiten, Neurologie und Psychiatrie).

Anschrift _____

Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a-k)

Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in eine/ein Angehörige/r ist)
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Therapievorschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate:
 OK: _____
 UK: _____

Diesen Vordruck nur für Vertragsleistungen (Fehlbildung a-k) verwenden. Für außervertragliche Leistungen ist formlos ein Behandlungsplan mit Befund, Therapievorschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate mit prognostischer Beurteilung einzusenden.

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____ Jahre

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

Datum _____ Unterschrift und Stempel der/des Vertrags-Zahnärztin/arztes, -Dentistin/en _____

11-ÖGK12/81.01.01.2020

Raum für Vermerke des Krankenversicherungsträgers:

Kostenübernahmszusicherung der Kasse

Die Kasse übernimmt die Kosten der kieferorthopädischen
Behandlung im _____ Behandlungsjahr

vom _____ bis _____

Gesamtkosten EUR _____

Anteil der Kasse EUR _____

Anteil des Versicherten EUR _____

Datum _____ Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsträgers _____

Abrechnung des Zahnbehandlers

Anteil der Kasse an der Behandlungspauschale für neben-
stehenden Zeitraum

EUR _____

Datum _____

Unterschrift und Stempel der/des Vertrags-Zahnärztin/arztes, -Dentistin/en _____

--	--	--	--	--	--

ÖGK									
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!									
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!									

Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Krankenwagen

(Dieser Schein ist zur Abrechnung der Transportkosten den Transportnachweisen anzuschließen!)

Familienname Patient/in	Vorname	Versicherungsnummer Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) Tag Monat Jahr		
Nur von der Kasse auszufüllen: Die Kasse übernimmt die Transportkosten zu den jeweils gültigen Tarifen bis längstens _____ im Ausmaß von _____ Hintransporten _____ Rücktransporten _____ Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle		

Die Patientin/der Patient leidet an (Diagnose Code ICD-10)
 und wird zur folgenden Krankenbehandlung _____
 an _____ zugewiesen.

Anzahl der notwendigen Behandlungen _____.

Begründung, weshalb die Inanspruchnahme eines

Vertragsfahrtendienstes (PKW) medizinisch nicht möglich ist:

- Die Patientin/der Patient
- muss auf Grund der Gehunfähigkeit mittels Krankentrage oder eines Tragesessels transportiert werden
 - benötigt die Begleitung einer Sanitäterin/eines Sanitäters
 - Zutreffendes bitte ankreuzen!

Datum, Stempel und Unterschrift der/des beantragenden Ärztin/Arztes

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht und Kostenübernahme durch die Österreichische Gesundheitskasse finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

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

Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst

Rückseite bitte beachten! Fahrtenbestellung ☎ +43 1 48 858

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Die Kasse übernimmt die tarifl. Beförderungsgebühren bis zu	Abrechnung
Patient/in		Tag Monat Jahr	_____Hinfahrten	___ Fahrten à EUR _____
Anschritt			_____Rückfahrten	___ Fahrten à EUR _____
			Die bewilligten Fahrten sind bis	EUR _____
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			längstens _____	10 % UST EUR _____
Tag Monat Jahr			in Anspruch zu nehmen.	Zusammen EUR _____
			Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle	Datum, Unterschrift

Die Patientin/der Patient leidet an (Diagnose Code ICD-10) _____
und wird zur folgenden Behandlung (Begutachtung) _____
an _____
zugewiesen. Anzahl der notwendigen Behandlungen _____
Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels (Straßenbahn, Autobus) ist aus
nachstehendem Grund nicht möglich:

- Die Patientin/der Patient ist
- im eigenen Rollstuhl sitzend zu befördern.
 - auf Grund des barrierefreien Zuganges im Leihrollstuhl sitzend zu befördern.
- Wenn ja, bitte ankreuzen!

Datum, Unterschrift, Stempel der/des beantragenden Ärztin/Arztes

Fahrausweis für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	
Patient/in		Tag Monat Jahr	
Anschritt			
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			
			Tag Monat Jahr

Information

Dieser Fahrausweis muss bei jeder Fahrt der Fahrerin/dem Fahrer/des von Ihnen für die erste Beförderung in Anspruch genommenen Vertragsfahrtendienstes zur Bestätigung vorgelegt werden.

Nur durch die lückenlose Vorlage dieses Fahrausweises bei jeder Beförderung können Sie rechtzeitig erkennen, ob und wann Sie mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt die eventuelle Ausstellung eines Folgeantrages besprechen sollten.

Bitte beachten Sie, dass nur ärztlich verordnete (und bei Serienfahrten nur von der Kasse auch bewilligte) Fahrten honoriert werden können.

Anzahl der bewilligten Fahrten _____

Die Bewilligung ist gültig bis _____

Ich bestätige den Erhalt des bewilligten Formblattes „Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst“

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift

Information

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht und Kostenübernahme durch die Österreichische Gesundheitskasse finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Hinfahrt			Rückfahrt		
	Datum	Kennzeichen oder Dienstnummer		Datum	Kennzeichen oder Dienstnummer
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		
6			6		
7			7		
8			8		
9			9		
10			10		
11			11		
12			12		
13			13		
14			14		
15			15		
16			16		
17			17		
18			18		
19			19		
20			20		

Medizinische Hauskrankenpflege

Erstanordnung*)

Antrag auf Verlängerung*)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	
Patient/in		Tag	Monat Jahr
Anschrift		Tag	Monat Jahr
Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		Tag	Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Medizinische Hauskrankenpflege wird vom Krankenversicherungsträger nur übernommen, wenn es sich um **eine die Anstaltspflege ersetzende Maßnahme handelt**. Sie wird für die Dauervon längstens vier Wochen (28 Tage) gewährt. Darüberhinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung jeweils für längstens weitere vier Wochen (28 Tage) verlängert. Der Antrag auf Verlängerung muss spätestens bis zum 24. Tag nach Einleitung (Verlängerung) der medizinischen Hauskrankenpflege gestellt werden.

Bewilligungsvermerk der Kasse (im Verlängerungsfall):

Datum, Stempel und Unterschrift der bewilligenden Stelle

ÖGK							
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!							
Andere Kostenträger		Voraussichtliche Dauer:*)		Ende		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	
		<input type="checkbox"/> 14 Tage	<input type="checkbox"/> über 14 Tage			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
		Voraussichtliche Dauer:*)		Ende		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 14 Tage	<input type="checkbox"/> über 14 Tage			<input type="checkbox"/> Pensionist/in	<input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebene/r
Beginn		Voraussichtliche Dauer:*)		Ende		Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:	
		<input type="checkbox"/> 14 Tage	<input type="checkbox"/> über 14 Tage			Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:	

Diagnose und medizinische Begründung für die Durchführung (Verlängerung)

Erstanweisung der Ärztin/des Arztes an die dipl. Pflegeperson (Art und Häufigkeit der Leistungen)

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bestätigung

Dient zur Vorlage beim zuständigen Krankenversicherungsträger!

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient/in

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte/r

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

Tag Monat Jahr

Von der/dem behandelnden/befundenden Ärztin/Arzt auszufüllen:
Diagnose bzw. Mitteilung der/des untersuchenden Ärztin/Arztes
an die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten:

Die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer
Behandlung vorgeschriebene ärztliche Untersuchung*) wurde durchgeführt.

Datum _____

_____ Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

*) Gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG, § 63 Abs. 1 Z. 2 B-KUVG, § 85 Abs. 1 Z. 3 BSVG, § 91 Abs. 1 Z. 3 GSVG

SPITALSEINWEISUNG	OGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Personst/in	7 Kriegshin- terlebene/r	9		
	Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Patient/in Familienname, Vorname				Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Versicherungsnummer			Geburtsdatum	
Wohnadresse (bzw. Adresse Pflegeheim)								Tag	Monat	Jahr
Versicherte/r Familienname/n, Vorname/n				Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Versicherungsnummer			Geburtsdatum	
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)								Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Anderer Staat:		
Liegt eine PatientInnenverfügung (Verfügung über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen) vor ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Zusätzliche Angaben bei PatientInnen mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (E-111)										
Persönliche Identifikationsnummer (Feld Nr. 6)										
Identifikationscode der Versicherung (Feld Nr. 7)										
Identifikationsnummer der Karte (Feld Nr. 8)										
Ablaufdatum (Feld Nr. 9)		Tag	Monat	Jahr	Länder-Code					
Medizinische Angaben										
Einweisungsdiagnose (Verdachtsdiagnose) (Bitte ausführen):						<input type="checkbox"/> infektiös		<input type="checkbox"/> nicht infektiös		
Aktuelle Symptome, erhobene Befunde (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> siehe Beilage		
Wesentliche Nebendiagnosen (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage
Weitere Gründe für Zuweisung (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> siehe Beilage		
Angaben zu Medikation										
Akuttherapie:										
verabreicht am: um Uhr										
Dauermedikation (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage
Allergien/Medikamentenunverträglichkeit (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage

Benötigtes Spitalsbett / Bestätigung der Verfügbarkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Der/Die Kranke bedarf eines Männer-Bettes auf einer Abt.
 Frauen-Bettes auf einer Abt.
 Kinder-Bettes auf einer Abt.

Die Aufnahme im wurde zugesichert.

Bettenzusage erfolgte durch Leitstelle Rotes Kreuz Samariterbund Österreich Grünes Kreuz
 Wiener Rettung Johanniter-Unfall-Hilfe Malteser
 Dienst habende/n Oberärztin/-arzt

Transportanforderung (Nur auszufüllen, wenn kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden kann!)

Der/Die Kranke ist bedingt gehfähig und bedarf eines Vertragsfahrtendienstes (Pkw-Transport) Der/Die Kranke bedarf eines Krankentransportwagens
 Der Transport erfolgt: sitzend neben dem Fahrer Der Transport erfolgt:
 sitzend im eigenen Krankenfahrstuhl (Rollstuhl) sitzend (im Tragsessel) liegend (auf der Trage)

Der Transport wurde beauftragt von um Uhr

Private Kontaktperson (Bitte eintragen)

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Medizinische Vertrauensperson (ggf. bitte eintragen)

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Sachwalter/in (ggf. bitte eintragen)

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Soziale Situation vor Akutereignis (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Lebenssituation: allein lebend Familie Heim unbekannt M/EP

Alltagsbewältigung: ohne Unterstützung nur mit Unterstützung möglich unbekannt

Betreuungssituation: keine Dienste Betreuung durch Dienste unbekannt (Dienste recherchieren)

Wohnsituation (zB: sanitärer Übelstand, keine Heizung etc.)

Durch Spital zu informierende Dienste / med. ProfessionistInnen (Bitte alles Zutreffende ankreuzen u. eintragen)

- Siehe Beilage**
 (zB: Gesundheitsmappe etc. bitte angeben)
- Gesundheitszentrum**
 (Bitte betreuendes GSZ hier eintragen)
- Soziale Dienste** (Heimhilfe, Essen auf Rädern etc.)
 (Bitte Namen des Dienstes/der Dienste eintragen)
- (Med.) Hauskrankenpflege**
 (Bitte Namen des Dienstes/der Dienste eintragen)
- Andere (MTDs, ...)** (bitte eintragen)

Unterlagen nach Verfügbarkeit mitnehmen und durch Ankreuzen kennzeichnen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine Unterlagen verfügbar | <input type="checkbox"/> Impfpass | <input type="checkbox"/> Gesundheitsmappe |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenausweis | <input type="checkbox"/> Marcoumarausweis | <input type="checkbox"/> Letzter Entlassungsbrief |
| <input type="checkbox"/> Diabetikerausweis | <input type="checkbox"/> Allergieausweis | <input type="checkbox"/> Medikamente oder Medikamentenplan |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacherausweis | <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation | <input type="checkbox"/> Befunde (Labor, Röntgen, ...) |
| <input type="checkbox"/> Personalausweis | <input type="checkbox"/> Versicherungskarte | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Einweisende/r Ärztin/Arzt

siehe Hausärztin/-arzt

Hausärztin/-arzt bzw. behandelnde/r Fachärztin/-arzt

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

DRUCKSORTEN

T (01) 531 16-25

F (01) 533 13 93

E 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

Versand – Kopien – Vervielfältigungen –

Schnelldrucke

kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONZENTRALE

T (01) 531 16

F (01) 531 16-66

E service@aerztezentrale.co.at

Ihre Druckerei in der City

lassdirzeit
zeitmanagement

Viktoria Pelzmann
General Manager

Telefon 01/531 16 25
vp@zeitmanagement.at

Jutta Klesch
Finanzberatung

1010 Wien
Helferstorferstraße 2
Telefon: 01/531 16-25
Fax: 01/533 13 93
E-Mail: fklesch@finanzberatung.at
www.finanzberatung.at

MARION MICHELER

1010 WIEN
FREYUNG 6
TELEFON 01/531 16-25
FAX 01/533 13 93
MARION.MICHELER@ZVT.CO.AT
WWW.ZVT.CO.AT

Viktoria, Marion & Jutta
freuen sich

zu einer fröhlichen Feier
am Samstag, dem 28. Juli 2025, um 19.00 Uhr
beim Tänzeldnen Rössl einzuladen.

U.A.w.g.: 01/531 16 25