Österreichische Gesundheitskasse

Kostenträger: ÖGK

Verordnung
Heilbehelfe/Hilfsmittel

Patient(in)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
Teststraße 1
6900 Bregenz

Versicherte(r)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr.,Träger-KNr.,Ablaufdt.)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diagnose/Begründung
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Verordnung/Pos.Nr.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Kostenanteilbefreit: ☐

für Sehbehelfe

Ferne	Re	sph XXXXXX	cyl XXXXXX	A XXXXX
	Li	sph XXXXXX	cyl XXXXXX	A XXXXX
Nähe	Re	sph XXXXXX	cyl XXXXXX	A XXXXX
	Li	sph XXXXXX	cyl XXXXXX	A XXXXX

HSA XXXXX Visus Re XXX Li XXX

Datum, Stempel, VPNR und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Kostenvoranschlag bzw. Verrechnung der Lieferfirma (ohne Ust.)

Pos.Nr./Text _____ _____ €
Pos.Nr./Text _____ _____ €
Pos.Nr./Text _____ _____ €
Pos.Nr./Text _____ _____ €
Pos.Nr./Text _____ _____ €
SUMME: _____ €

Datum, Stempel, und Unterschrift des/der Lieferanten/in

Bewilligung des Krankenversicherungsträgers (nur 1 Monat gültig)

Positionsnummer(n): _____ _____ _____ _____ _____

Tarif (netto) _____ €
+ 20% Ust. _____ €
Tarif (brutto) _____ €

davon Kostenanteil Patient(in) _____ €
Kostenanteil mindestens _____ €
Anteil des Trägers _____ €

Datum, Stempel, und Unterschrift des Trägers

Übernahmebestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Übernahme des (der) verordneten Behelfs(e) und versichere, dass der gleiche Heilbehelf bzw. das gleiche Hilfsmittel während der in der Krankenordnung festgesetzten Gebrauchsdauer nicht auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers bezogen wurde. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass ich bei widerrechtlichem Bezug zum Ersatz der Kosten für diese(n) Behelf(e) dem Krankenversicherungsträger gegenüber verpflichtet bin.

_____	_____	_____
Übernahmedatum Behelf(e)	Rückgabedatum (bei Leihbehelf)	Unterschrift Empfänger(in)