

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

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.

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!			

Ärztin-/Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung	Von der/dem behandelnden/befundenden Ärztin/Arzt auszufüllen!
Datum	Diagnose:
11-ÖGK 12/24, 01.01.2020	Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes
	Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

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 Datenspalte zu kennzeichnen.

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!							

Röntgen-Zuweisung

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

Röntgen - Untersuchung - Behandlung: Ultraschall - Untersuchung

Körperteil (möglichst exakte Abgrenzung)

Klinische Angaben, Diagnose bzw. Fragestellung

Pos.-Nr.		Von der/dem Ärztin/Arzt nicht auszufüllen!	
Frequenz			
Datum		Datum	
Stempel und Unterschrift, der/des Fachärztin/- arztes für Radiologie		Stempel u. Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes	
Daten der Untersuchungen bzw. Behandlungen		Pos.-Nr. bzw. Art und Anzahl der erbrachten Leistungen	

Röntgenambulanzen der Österreichischen Gesundheitskasse in Wien

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

Röntgeninstitut im Hanusch-Krankenhaus (Behandlung und Therapie):

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

Nuklearmedizinische Institute:

- 10., Mein Gesundheitszentrum Favoriten, Wienerbergstraße 13
- 14., Mein 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 | 13., Hofwiesengasse 44, Dr. Martin Wunsch,
Dr. ⁱⁿ Silvia Czerveniak |
| 2., Praterstern 2, Röntgen Praterstern,
Dr. ⁱⁿ Monika Zwickl, Dr. Conrad Riedl, Dr. Lucas Prayer,
Dr. Wolfgang Drahanowsky, Dr. Peter Barton | 14., Linzer Straße 383-385, Dr. Herwig Enter |
| 3., Klimschgasse 16/6, Dr. Bernhard Schwaighofer,
Dr. Christian Zolles, Dr. Felix Stuschka,
Dr. ⁱⁿ Elisabeth, Larch-Stuschka, Dr. Gerhard Zier | 14., Kuefsteingasse 15-19, Dr. ⁱⁿ Alexandra Resch,
Dr. Christoph Bernhard, Priv. Doz. Dr. Markus Reiter |
| 4., Wiedner Hauptstraße 15/II/Stock 2-3
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 |
| 5., Nikolsdorfer Gasse 32-36
Dr. ⁱⁿ Alexandra Resch, Dr. Christoph Bernhard,
Priv. Doz. Dr. Markus Reiter | 17., Hernalser Hauptstraße 85,
Dr. Dimiter Tscholakoff, Dr. ⁱⁿ Beatrice Litman-Roventa,
Dr.med.univ. Dr. Murat Ersek |
| 8., Skodagasse 32,
Univ. Prof. Dr. Dock Wolfgang, Dr. Helmuth Mendel | 18., Hans-Sachs-Gasse 10-12, Dr. Bernhard Schwaighofer |
| 9., Lazarettgasse 16-18, Univ. Doz. Dr. Hans Jantsch,
Dr. Andreas Brezina | 18., Währinger Straße 138, Prof. Dr. Peter Pokieser |
| 10., Ada-Christen-Gasse 2/D, Hansson-Röntgen,
Dr. Andreas Lustig, Dr. Christoph Schönbauer | 18., Gersthofer Straße 16, Dr. Hans Perter Sochor,
Priv. Doz. Dr. Philipp Peloschek, Dr. Robert Vollman |
| 10., Eisenstadtplatz 8/13/5-6, Dr. Rüdiger Seys | 19., Rudolfinergasse 13, Radiologie Oberdöbling
Wolf, Neuhold, Berger-Horak |
| 10., Am Hauptbahnhof 2/4, OG, DZ 10 Radiologie
Univ. Doz. Dr. Karl Turetschek,
Dr. Patrick Wunderbaldinger,
Dr. Michael Töpker | 20., Leithastraße 25, Dr. Michael Helmer |
| 11., Simmeringer Hauptstraße 101-103/1
Dr. Oliver Altenhuber, Dr. ⁱⁿ Ingrid Mazevski-Lobner | 20., Pasettistraße 71-75, Univ. Prof. Dr. Friedrich
Winkelbauer, Univ. Prof. Dr. Bernhard Partik,
MUDr. Vit Havel, Dr. Marcel Omid Philipp |
| 12., Koppreitergasse 2, Dr. Andreas Lustig,
Dr. Christoph Schönbauer | 21., Pastorstraße 2A/Top 13, Röntgen Wüner Nord,
Dr. Martin Hofstetter, Dr. ⁱⁿ Natalia Bürger,
Prim. Univ. Doz. Dr. Andreas Hermeth |
| 12., Meidlinger Hauptstraße 7-9,
Dr. ⁱⁿ Juliane Kramer-Deimer, Dr. Wolfgang Passegger
Univ. Doz. Dr. Klaus Preidler | 21., Mitterhofergasse 2/Stg. 8, Univ. Prof. Dr. Viktor Metz,
Dr. Karl Gindl |
| | 22., Langobardenstraße 103B, Dr. Fritz Pinterits |
| | 22., Stadlauner Straße 62/2. OG, Dr. ⁱⁿ Maryam Schatzer,
Dr. Alfred Schmied, 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 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebener	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Labor-Zuweisung

Familienname Patient/in	Versicherungsnummer <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> Tag Monat Jahr
Vermutungsd Diagnose Zu untersuchen	
Anschrift 	
Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in eine Angehörige/r ist)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)	

Anmerkung der Ärztin/des Arztes 	Datum _____ Datum _____
Durchgeführte Untersuchungen Vom Laboratorium auszufüllen!	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., Mein Gesundheitszentrum Landstraße, Strohgasse 28
- 6., Mein Gesundheitszentrum Mariahilf, Mariahilfer Straße 85–87
- 10., Mein Gesundheitszentrum Favoriten, Wienerbergstraße 13
- 14., Mein Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collin-Straße 30
- 21., Mein 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., Ziehlerplatz 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., Favoritenstraße 80, 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 1/4 Labor Floridsdorf |
| 10., Otto-Probst-Straße 22–24, Labor Favoriten | 22., Donaustadtstraße 1, Labor Donauzentrum |

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


- | | |
|--|---|
| 8., Schlüsselgasse 19, Pilzambulatorium Schlüsselgasse | 21., Franz Jonas-Platz 8, Pilzambulatorium Floridsdorf GmbH |
| 13., Lainzer Straße 58, Pilzambulatorium Hietzing GmbH | |
- 11-ÖGK 12/11. 27.04.2021 Beiblatt

ÖGK	Anderer Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensions/in	7 Kriegshinter- bliebenen/	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					

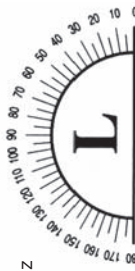
Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

Familienname Patient/in Vorname Versicherungsnummer Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	Aufzahlung für Brillengläser Fassung Der Empfang des Behelfes wird bestätigt: Datum Unterschrift der/des Empfängerin/Empfängers
Anschrift Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger/ist)	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 u. Datum bei Bewilligung durch die Kasse:

Die Achsenrichtung ist nur im Tabo-Schema anzugeben!



R
Nähe



L
Ferne

Pupillardistanz _____ mm

Abrechnung:		Achse Tabo
Pos.	Betrag	o
Pos.	Betrag	o
Pos.	Betrag	o
Pos.	Betrag	o

Verrechnet am _____

Art des Sehbehelfes: _____
 Allfällige med. Begründung: _____

Datum der Verordnung _____
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____
11-ÖGK12/77-0101.2020

Datum _____
Stempel der/des Vertrags-partnerin/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	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Bearbeitungsvermerk der Kasse Patient/in ist arbeitsunfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> kein Anspruch <input type="checkbox"/>		Bewilligung durch die Chefärztin/den Chefarzt					
Familienname Patient/in		Vorname Versicherungsnummer		<input type="checkbox"/> _____ Anwendungen bewilligt abgelehnt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bewilligt Hausbesuch abgelehnt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermerke siehe Rückseite			
Anschrift		Tag Monat Jahr		Datum, Unterschrift und Stempel der Chefärztin/des Chefarztes/Sachbearbeiters			
Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		Tag Monat Jahr		Bearbeitungsvermerk der Vertragspartnerin/des Vertragspartners:			
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)		Datum Unterschrift und Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners					
Diagnose		Verrechnet am _____					
Anzahl und Art der Behandlungen _____		Datum Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners					
_____		11-ÖGK12/204_01.01.2020 Bitte Rückseite beachten!					
Datum der Verordnung Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes		Behandlungsdatum Unterschrift der Patientin/ des Patienten					

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	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Vorbezug: _____

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 _____

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein

Chefärztliche Entscheidung Bewilligt Abgelehnt

Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:

Datum / Unterschrift des/der Empfängers/in _____

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

Verrechnet am _____

Die Rückgabe des Leihbehelfes wird bestätigt:

Datum _____ Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners _____

Bitte Rückseite beachten!

Datum / Unterschrift der Rückstellern/ des Rückstellers _____

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		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr</small>
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr</small>
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, _____

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Genehmigungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Stempel und Unterschrift der MR-Einrichtung

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 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

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

Diagnosezentrum Liesing

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- zubelehre/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

CT-Zuweisung

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

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)					

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 _____

Datum _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Genehmigungsvermerk der Österreichischen Gesundheitskasse

Stempel und Unterschrift der CT-Einrichtung

Vertragseinrichtungen für CT-Untersuchungen in Wien

Diagnosezentrum Urania 1010 Wien, Laurenzerberg 2, www.dzu.at	Tel.: +43 1 200 200
CT-Privatklinik - Confraternität 1080 Wien, Skodagasse 32, www.confraternitaet.at	Tel.: +43 1 401 14-0
Sanatorium Hera 1090 Wien, Löblichgasse 14, www.hera.co.at	Tel.: +43 1 31350-0
Hansson Diagnostik 1100 Wien, Ada-Christen-Gasse 2D, www.hansson-diagnostik.at	Tel.: +43 1 688 53 82
Diagnosezentrum Favoriten 1100 Wien, Am Hauptbahnhof 2/4 OG www.dz10.at	Tel.: +43 1 602 28 29
Diagnosezentrum Simmering 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101, www.diagnosehaus.at	Tel.: +43 1 749 71 76
Diagnosezentrum Meidling 1120 Wien, Meidlinger Hauptstraße 7-9, www.diagnostikum.at	Tel.: +43 1 813 33 81
Diagnosezentrum Hietzing 1130 Wien, Hofwiesengasse 44, www.dzh.at	Tel.: +43 1 804 62 25
Radiologicum Penzing 1140 Wien, Kuefsteingasse 15-19, www.radiologicum1140.wien	Tel.: +43 1 982 55 88
Computertomographie-Hernals 1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 85, www.radiologiehernals.at	Tel.: +43 1 408 40 80
Diagnosticum Röntgenambulatorium Gersthofer Straße 1180 Wien, Gersthofer Straße 16, www.diagnosticum.at	Tel.: +43 1 470 86 26
Ambulatorium Döbling 1190 Wien, Heiligenstädter Straße 55-63, www.ambulatorium-doebling.at	Tel.: +43 1 360 66-5533
Rudolfinerhaus 1190 Wien, Billrothstraße 78, www.rudolfinerhaus.at	Tel.: +43 1 360 36-6301
Diagnosezentrum Brigittenau 1200 Wien, Pasettistraße 71-75, www.dzb.at	Tel.: +43 1 350 26 26
Diagnosezentrum Floridsdorf 1210 Wien, Mitterhofergasse 2/8, www.diagnosezentrum-floridsdorf.at	Tel.: +43 1 292 41 49
Röntgen Wien Nord Dres. Grapp, Herneth und Partner 1210 Pastorstraße 2a, www.roentgen-wien-nord.at	Tel.: +43 1 258 41 75
Diagnosezentrum Donaustadt 1220 Wien, Donaustadtstraße 1, www.radiologie-wien.at	Tel.: +43 1 203 31 26
Diagnosezentrum Liesing 1230 Wien, Perchtoldsdorfer Straße 15-19, www.dz-liesing.at	Tel.: +43 1 869 02 08
Mein Hanusch-Krankenhaus 1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30 (EG), www.gesundheitskasse.at	Tel.: +43 1 910 21-86630

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- bliebene/r
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! 9		

Antrag auf Kostenübernahme für Zahnersatz

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Behandlungsplan und Antrag auf Kostenübernahme																	
II												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:		Betrag EUR
OK	UK	Ges.	Leistungsart	OK	UK	Ges.
			Totale Kunststoff-Prothese als Dauerversorgung (I)			
			Kunststoff-Prothese (KU)			
			Metallgerüst-Prothese (MG)			
			Zähne			
			Klammern / Sauger			
			Verbundmetall-Keramikkronen als Klammerersatz (VPMK)			
			Vollmetall-Kronen			
			Klammerzähne(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		

Familienname	Vorname
Patient/in	Versicherungsnummer
Tag Monat Jahr	
Tag Monat Jahr	
Versicherte/r (Nur ausfüllen, wenn Patient/in eine/in Angehörige/r ist)	
Tag Monat Jahr	
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)	

Unfalltag	Ursache des Unfalles

Datum, Stempel u. Unterschrift d. Vertrags-Zahnarztes/ärztin, -Dentisten/in

Erläuterungen zum Zahnschema:

1. Bezeichnen Sie in den Feldern I Zähne, die ersetzt werden, mit X, Klammerzähne, die überkront werden, mit O.
2. Setzen Sie in den Feldern II alle Kurzbezeichnungen, zB VG oder VMK, für die Art der Klammerkrone 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									
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!									
Anderer Kostenträger		Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.		1		5		7	
						Pensions/in		Kriegshin- ter- bliebe/er	
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!									

Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung

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

Art der Fehlbildung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

- 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 Schmalkiefer 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 Frontahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- i) Extreme Frontahnstufe 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).

Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a-k) _____

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

Therapievorschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate:

OK: _____

UK: _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____ Jahre

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

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			
-----	--	--	--

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

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	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in	Tag	Monat
		Jahr
Anschrift		
Versicherte/r (Nur ausfüllen, 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

Vertragsfahrtdienstes (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 beauftragenden 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- bläube/in	9	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst

Rückseite bitte beachten! Fahrtenbestellung ☎ +43 148 858

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

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 Patient/in	Vorname	Versicherungsnummer Tag Monat Jahr	
Anschrift			
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 eine/r 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 Dauerverlängerung von 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	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstverz.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					
Beginn	Voraussichtliche Dauer:*)	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			
	<input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> über 14 Tage	Ende			
Beginn	Voraussichtliche Dauer:*)	Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:			
	<input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> über 14 Tage	Ende			
		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!

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

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

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	ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Personist/in	7 Kriegshin- terlebener	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 Transport erfolgt: sitzend neben dem Fahrer
 sitzend im eigenen Krankenfahrstuhl (Rollstuhl)

Der/Die Kranke bedarf eines Krankentransportwagens
 Der Transport erfolgt:
 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 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: jklesch@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