

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 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 Datumspalte zu kennzeichnen.

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 Czerveaniak
- 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 Tscholakoff, 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 Czerveaniak
- 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.

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			
		Erwerbstätig in Österreich als Selbstvers.	Pensionsist/in	Kriegshinter- bliebenen/ Betreiber/in
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				

Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

<p>Vorname _____ Versicherungsnummer _____</p> <p>Familienname _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____</p> <p>Patient/in _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger/r ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____</p>	<p style="text-align: center;">Aufzahlung für</p> <p>Brillengläser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Fassung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Der Empfang des Behelfes wird bestätigt: _____</p> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift der/des Empfänger(in)/Empfängerin _____</p>
<p>Vorbezug:</p> <p>Befürwortet: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heil- behelfes oder Hilfsmittels, höchstens EUR _____</p> <p>Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch die Kasse (Rezeptgebührenbefreiung) bzw. Stempel, Unterschrift. Datum bei Bewilligung durch die Kasse: _____</p>	

Die Achsenrichtung ist nur im Tabo-Schema anzugeben!

R _____ mm

L _____ mm

Tabo
Pupillardistanz

	sphärisch	zylindrisch	Achte Tabo
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abrechnung:

	Betrag	Pos.	Betrag
Pos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verrechnet am _____

Art des Sehbehelfes: _____

Allfällige med. Begründung: _____

Datum der Verordnung _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____

11-ÖGK 12/77-01.01.2020

Datum _____ 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

Familiennamen

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

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

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein

Chefärztliche Entscheidung Bewilligt Abgelehnt

Der Empfang des Beihelfes 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 des/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: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

Magnetresonanztomographie Hernalers

1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 85, Tel.: +43 1 408 40 80
www.radiologiehernalers.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- bliebene/r/n	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

CT-Zuweisung

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer						
Patient/in		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr						
Anschritt								
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)								
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr
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, Passettistraße 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			
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			
Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Antrag auf Kostenübernahme für Zahnersatz

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient/in _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

L

Behandlungsplan und Antrag auf Kostenübernahme

Abrechnung:							
OK	UK	Ges.	Leistungsort	OK	UK	Ges.	Beitrag EUR
			Totale Kunststoff-Prothese als Dauerversorgung (T)				
			Kunststoff-Prothese (KU)				
			Metallgerüst-Prothese (MG)				
			Zähne				
			Klammern / Sauger				
			Verblendmetall-Keramikkronen an Klammern (VMK)				
			Vollmetall-Kronen an Klammern (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, 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				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

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient/in _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

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

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

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.

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____ Jahre

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 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).

Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a-k) _____

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

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

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 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 Krankenwagen

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

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

<p>Familienname Vorname Versicherungsnummer</p> <p>Patient/in</p> <p style="text-align: right;">Tag Monat Jahr</p>	<p>Die Kasse übernimmt die tarifl. Beför- derungsgebühren bis zu _____</p> <p>_____Hinfahrten</p> <p>_____Rückfahrten</p> <p>Die bewilligten Fahrten sind bis _____</p> <p>längstens _____</p> <p>in Anspruch zu nehmen.</p> <p>_____ Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle</p>	<p>Abrechnung</p> <p>___ Fahrten à EUR _____</p> <p>___ Fahrten à EUR _____</p> <p style="text-align: center;">EUR _____</p> <p>10 % UST EUR _____</p> <p style="text-align: center;">Zusammen EUR _____</p> <p>_____ Datum, Unterschrift</p>
<p>Anschrift</p>		
<p>Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</p> <p style="text-align: right;">Tag Monat Jahr</p>		

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

<p>Familienname Vorname Versicherungsnummer</p> <p>Patient/in</p> <p style="text-align: right;">Tag Monat Jahr</p>		
<p>Anschrift</p>		
<p>Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</p> <p style="text-align: right;">Tag Monat Jahr</p>		

Information

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

Nur durch die lückenlose Vorlage dieses Fahr-
ausweises 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 verord-
nete (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 Kostenüber-
nahme 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 Dauer 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							
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!							
Andere Kostenträger		Voraussichtliche Dauer:*)		Ende		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	
		□ 14 Tage □ über 14 Tage				1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	
		Voraussichtliche Dauer:*)		Ende		5 Pensionist/in	
		□ 14 Tage □ über 14 Tage				7 Kriegshinterbliebene/r	
						9	
Beginn				Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:			
Beginn				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

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

Viktorija 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

Viktorija, 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