

Gesamtvertragliche Vereinbarung

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark, Kurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – unter Mitfertigung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Namen und mit Rechtswirkung für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 1. Juli 1993 idgF angeführten Krankenversicherungsträger – andererseits.

Präambel

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

Regelungsbereich

Mit der vorliegenden Vereinbarung werden zwischen den Gesamtvertragsparteien Regelungen betreffend die Abrechnung des Bereitschaftsdienstes am Land (§ 1), der Wegegebühren (§ 2) und der von den Vertragsärzten zu verwendenden Kassenformularen (§ 3) getroffen.

§ 1

Bereitschaftsdienst am Land

- (1) Ab 01.04.2013 erfolgt die Abrechnung des Bereitschaftsdienstes am Land aufgrund einer von der Ärztekammer für Steiermark der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse unter Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhaltes zur Verfügung gestellten Datei.

- (2) Aufbau und Beschreibung der Datei hat der „Beschreibung des Datensatzes“ im Sinne der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung zu entsprechen.
- (3) Die Ärztekammer für Steiermark stellt bis spätestens 5. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats die in einem Quartal erbrachten Bereitschaftsdienste in Form einer Excel-Datei bzw. in Form einer entsprechenden Alternativlösung auf dem Server „aek01.aekstmk.or.at“, Benutzer „stgkk“, Protokoll „SFTP“ zur Verfügung. Der Zugriff erfolgt mit dem für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse vorgesehenen Passwort und ist auf die IP-Adresse 194.153.217.230 begrenzt.
- (4) Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse holt ab dem darauffolgenden Tag per SFPT die Datei mit dem Namen „Bereitschaftsdienst Q.JJJJ“ verschlüsselt mit dem Clientprogramm FileZilla oder WinSCP ab und spielt diese in ihre Abrechnungsprogramme ein.
- (5) Die Honorierung der Bereitschaftsdienstpauschale sowie der im Rahmen des Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen erfolgt im Rahmen der jeweiligen Quartalsabrechnungen.
- (6) Die Aufteilung der Gemeinden auf Dienstsprenkel im Rahmen des Bereitschaftsdienstes entspricht der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung. Jede Änderung der Dienstsprenkel ist zwischen den Gesamtvertragsparteien zu vereinbaren.

§ 2

Wegegeühren

Ab 01.04.2013 erfolgt die Verrechnung der Wegegeühren (mit Ausnahme des fixen Wegegeldes für Graz, Leoben und Kapfenberg) in Kilometern bzw. Gehviertelstunden elektronisch. Zu diesem Zweck werden die Positionsnummern 194 (Einzelkilometer bei Tag), 195 (Einzelkilometer bei Nacht) und 196 (Gehviertelstunde) in die Honorarordnung aufgenommen. Ab diesem Zeitpunkt entfällt das Formular „Wegegeührenausweis“ (VP 29).

§ 3

Kassenformulare

Gemäß § 29 Abs. 2 des Gesamtvertrages vom 01.07.1993 in der Fassung der 15. Zusatzvereinbarung vereinbaren die Gesamtvertragsparteien die für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Kassenformulare. Die Vertragsärzte der steiermärkischen § 2-Krankenversicherungsträger haben bei ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. administrativen Mitarbeit die den in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung enthaltenen Mustern entsprechenden Kassenformulare zu verwenden. Die Versicherungsträger stellen den Vertragsärzten die Formulare kostenlos zur Verfügung.

§ 4

Änderung der Honorarordnung

- (1) Mit Wirksamkeit ab 01.04.2013 werden in Teil B, Abschnitt I für die Wegegebühren die Positionsnummern 194, 195 und 196 eingeführt. Die unter Pkt. I b enthaltenen Leistungspositionen lauten wie folgt:

„ABSCHNITT I

Pos.Nr.: Art der Leistung: €

<u>I b Wegegebühren:</u>		
194	Einzelkilometer bei Tag	0,715
195	Einzelkilometer bei Nacht	1,07
196	Gehviertelstunde	3,38
	Fixes Wegegeld für Graz	3,70
	Leoben	3,70
	Kapfenberg	3,70"

Die angeführten Tarife entsprechen dem Stand der 15. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 01.07.1993, gültig ab 01.01.2011.

- (2) Mit Wirksamkeit ab 01.04.2013 lautet in Teil B, Abschnitt I der Pkt. 2 der Erläuterungen wie folgt:

„2. Wegegebühren (I b)

- 2.1. Die Wegegebühren werden in Einzelkilometern bzw. Gehviertelstunden abgerechnet. Pro Kilometer wird der für Pos. 194 bzw. 195 jeweils gültige Ansatz vergütet.
Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu berechnen sind, ist bei allen Besuchen die Verrechnung des Besuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgebend.

Für allgemein mit Kraftfahrzeugen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbare Wege in Gegenden mit Gebirgscharakter wird für eine Gehviertelstunde der für Pos. 196 jeweils gültige Ansatz vergütet.

- 2.2. Der Anspruch auf Wegegebühren besteht, wenn die zurückgelegte Entfernung mehr als einen Kilometer beträgt.

Für Hausbesuche im Umkreis von einem Kilometer, gerechnet vom Ordinationssitz des Vertragsarztes, besteht kein Anspruch auf Wegegebühren. Als Entfernung gilt die Wegstrecke von der Ordination des Vertragsarztes zur Wohnung des Erkrankten bzw. zwischen den Wohnungen von zwei Erkrankten, wobei Reststrecken unter 500 Metern nicht berücksichtigt, über 500 Meter auf den vollen Kilometer aufgerundet werden.

Die Honorierung von Wegegebühren erfolgt nur, wenn gemeinsam mit der Verrechnung der Visite und der Wegegebühren die jeweilige Visitenadresse angeführt ist.

- 2.3. Am gleichen Tag können bei Besuchen im selben Ort Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind in der Abrechnung zu begründen. Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tag sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von dieser Wegstrecke sind in der Abrechnung unter Angabe eines Grundes zu vermerken (z.B. dringende Berufung zum Krankenbesuch, Bereitschaftsdienst). Die Wegegebühren sind pro zu besuchenden Versicherten zu verrechnen. Restkilometer auf dem Rückweg zur Ordination sind für den zuletzt besuchten Versicherten zu verrechnen.

- 2.4. Zu Hausbesuchen darf nur der nächstgelegene Vertragsarzt in Anspruch genommen werden. Es werden daher grundsätzlich nur die Wegegebühren vergütet, die dem nächstgelegenen Vertragsarzt zustehen. Nimmt der Patient nicht den nächstgelegenen Vertragsarzt in Anspruch, so ist der berufene Vertragsarzt berechtigt, die Mehrkosten an Wegegebühren dem Anspruchsberechtigten unmittelbar zu verrechnen (§ 12 Abs. 5 des Gesamtvertrages). Wenn in dringenden Fällen der nächstgelegene Vertragsarzt nicht erreichbar ist, kann der nächsterreichbare berufene Vertragsarzt die vollen Wegegebühren

in Rechnung stellen. In diesem Falle entfällt die Verrechnung der Mehrkosten mit dem Anspruchsberechtigten.

2.5. Für die Städte Graz, Leoben und Kapfenberg gilt für die Verrechnung von Wegegebühren folgende Sonderregelung:

a) Für Graz, Leoben und Kapfenberg erfolgt die Wegegeldentschädigung in Form eines fixen Betrages für jeden nachstehend angeführten Hausbesuch:

Tagbesuch (Pos. 003), dringender Besuch während der Ordinationszeit (Pos. 006), Konsilium in der Wohnung des Erkrankten bei Tag (Pos. 012).

Anspruch auf das fixe Wegegeld hat jeder Vertrags(fach)arzt, der in Graz, Leoben oder Kapfenberg seine Ordinationsstätte besitzt.

Das fixe Wegegeld wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis vergütet.

Zur Vergütung des fixen Wegegeldes können keine Kilometergebühren verrechnet werden, auch dann nicht, wenn der Besuch über den Umkreis kilometer hinausgeht.

b) Für Nachtbesuche werden in den Städten Graz, Leoben und Kapfenberg die Kilometergebühren in Kilometern abgerechnet. Pro Kilometer wird der für Pos 195 jeweils gültige Ansatz vergütet, sofern die Wohnung des Patienten mindestens einen Kilometer von der Ordinationsstätte des berufenen Vertragsarztes entfernt ist.

Unter den gleichen Voraussetzungen werden auch für Tagbesuche an Sonn- und Feiertagen Kilometergebühren bezahlt, wobei pro Kilometer der für Pos. 194 jeweils gültige Ansatz vergütet wird."

(3) Mit Wirksamkeit ab 01.04.2013 wird in Teil B, Abschnitt I, Pkt. 3 der Erläuterungen der Pkt. 3.7. ergänzt. Pkt. 3. der Erläuterungen lautet wie folgt:

„3. Bereitschaftsdienst (I c)

3.1. Vertragsärzte, die zum Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, erhalten ein Bereitschaftsdienstpauschale.

3.2. Der Sonntags-Bereitschaftsdienst beginnt am Samstag um 07.00 Uhr und endet am Montag um 07.00 Uhr. Der Feiertags-Bereitschaftsdienst beginnt um 19.00 Uhr des dem Feiertag vorangehenden Tages und endet um 07.00 Uhr des dem Feiertag folgenden Tages.

Der Bereitschaftsdienst zu Ostern und Pfingsten beginnt jeweils am Samstag um 07.00 Uhr und endet am darauffolgenden Dienstag um 07.00 Uhr; zu Weihnachten beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 24.12. um 07.00 Uhr (sofern der 24.12. kein Sonntag ist) und endet um 07.00 Uhr des dem Stefanitag folgenden Werktages. Zu Silvester beginnt der Bereitschaftsdienst jeweils am 31.12. um 07.00 Uhr, sofern er ein Werktag ist.

- 3.3. Die Vergütung für den Bereitschaftsdienst von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr sowie das Pauschale für den Feiertagsdienst wird in Höhe des jeweils gültigen Ansatzes im Tarifverzeichnis geleistet.
- 3.4. Für Ärzte, die aus verkehrsgeographischen Gründen keinem Dienstsprenkel angeschlossen werden können, wird das Bereitschaftsdienstpauschale jeweils für die Hälfte der Sonn- und Feiertagsdienste eines Quartales vergütet, vorausgesetzt, dass diese Dienste tatsächlich stattfinden. Sonderregelungen für Ausnahmefälle behalten sich die Vertragsparteien vor.
- 3.5. Außer dem Bereitschaftsdienstpauschale gebührt dem Vertragsarzt für die ärztliche Inanspruchnahme das Honorar nach den jeweils gültigen Honorartarifen.
- 3.6. Funkärztlicher Bereitschaftsdienst Graz
Diesbezüglich gelten die Vereinbarung über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 22.10.1979 und das Abkommen über den funkärztlichen Bereitschaftsdienst in Graz vom 16.10.1979 in der jeweils geltenden Fassung.
Für die Dauer dieser Vereinbarungen erfolgt die Vergütung nach den im Tarifverzeichnis angeführten Ansätzen.
- 3.7 Die Abrechnung des Bereitschaftsdienstes am Land erfolgt aufgrund einer von der Ärztekammer für Steiermark der Gemeinsamen Ärzterrechnungsstelle unter Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhaltes spätestens bis zum 5. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats zur Verfügung gestellten Datei. Aufbau und Beschreibung der Datei sowie die Form der Übermittlung sind zwischen den Gesamtvertragsparteien zu vereinbaren."

§ 5

Schlussbestimmungen

Der Gesamtvertrag und die Honorarordnung in der Fassung aller bis zum 31.03.2013 abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und Anhänge gelten uneingeschränkt weiter, sofern in der vorliegenden Vereinbarung einzelne Bestimmungen nicht ausdrücklich aufgehoben oder abgeändert wurden.

Graz, am 24. JAN. 2013

Ärztelammer für Steiermark

VP MR Dr. Jörg Garzarolli
Obmann der Kurie
Niedergelassene Ärzte

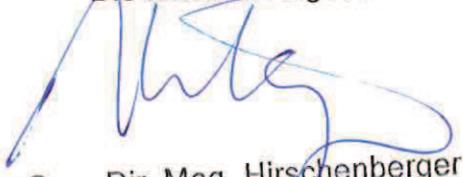


Dr. Herwig Lindner
Präsident



Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Die leitende Angestellte:



Gen. Dir. Mag. Hirschenberger



Der Obmann:



Pessler

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Verbandsvorsitzende:



Der Generaldirektor:

i. V. 

Übermittlung der Bereitschaftsdienste

der

Ärzttekammer für Steiermark

an die

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Allgemeines

Seitens der Ärztekammer für Steiermark werden bis spätestens 5. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats die in einem Quartal erbrachten Wochenend- und Feiertagsdienste am Land für das abzurechnende Quartal in elektronischer Form übermittelt.

Dabei wird ein Datenbestand mit den Beginn- und Endzeiten des Bereitschaftsdienstes der Vertragspartner erstellt. Die Datenfelder werden durch ein Trennzeichen (;) begrenzt.

Beschreibung des Datensatzes

Organisation

Vorsatz

Bereitschaftsdienstzeiten der Ärzte

....

....

Endsatz

Recordaufbau

Recordlänge: Variabel (abhängig von der Satzart)

Vorsatz

Feldbezeichnung	max. Länge	Art	Beschreibung des Feldes
SAA	1	n	Satzart = "0"
ERSTDAT	8	n	Erstellungsdatum in JHJJMMTT
ABRZTR	5	n	Abrechnungsquartal JHJJQ
BEZ	40	a/n	Bezeichnung des Institutes = "Ärzttekammer für Steiermark"

Bereitschaftsdienst

Feldbezeichnung	max. Länge	Art	Beschreibung des Feldes
SAA	1	n	Satzart = "1"
FACH	3	n	Fachgebiet des Vertragspartners
AEKNR	6	n	Ärzttekammernummer
NAME	70	a/n	Vor- und Zuname des Vertragspartners
SPRENGEL	40	a/n	Bezeichnung des Dienstsprengeles
DATUMVON	8	n	Beginn des Bereitschaftsdienstes in JHJJMMTT
UHRZEITVON	4	n	Beginn des Bereitschaftsdienstes in SSMM
DATUMBIS	8	n	Ende des Bereitschaftsdienstes in JHJJMMTT
UHRZEITBIS	4	n	Ende des Bereitschaftsdienstes in SSMM

Endsatz

Feldbezeichnung	max. Länge	Art	Beschreibung des Feldes
SAA	1	n	Satzart = "9"
ANZAHL	6	n	Anzahl der Satzarten „1“ ohne Vor- und Endsatz

Beispiel:

0;20110321;20111;Ärzttekammer für Steiermark;
 1;001;999999;Max Mustermann;Sprengel;20110101;0700;20110102;0700;
 1;001;999999;Max Mustermann;Sprengel;20110102;0700;20110102;1900;
 9;2;

Dienstsprengele im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst der § 2 Kassenärztinnen und -ärzte

Die 94 Dienstsprengele sind alphabetisch sortiert.

Admont
Aflenz-Thörl-Palbersdorf-Turnau
Anger-Puch b. Weiz
Arnfels-Leutschach-St. Johann-Oberhaag
Bad Aussee-Altaussee
Bad Gleichenberg-Trautmannsdorf-Gnas-Jägerberg-Poppendorf
Bad Mitterndorf - Tauplitz
Birkfeld-Strallegg-Gasen
Bruck-Berndorf-Diömlach-Oberaich
Deutschlandsberg
Donawitz-Hinterberg-St. Peter F.
Edelschrott
Eggersdorf-Kumberg-St. Radegund
Ehrenhausen-Gamlitz-Straß-Gabersdorf-St. Veit a. V.
Eibiswald-St. Oswald o.E. (-Soboth-Weil)
Eisenerz
Feldbach-Edelsbach-Palldau
Feldkirchen-Seiersberg-Pirka
Fohnsdorf
Fresing-Großklein-Heimschuh-St. Nikolai
Friedberg-Pinggau-Schäffern
Frohnleiten
Fürstenfeld
Gleisdorf-St. Ruprecht a.d. R.
Gratkorn
Gratwein-Judendorf-Rein
Gröbming-Öblarn-Stein/Enns
Groß St. Florian-Frauental-Preding-Wettmannstätten
Hartberg
Hatzendorf-Riegersburg-Söchau-Unterlamm
Hieflau-Radmer
Hitzendorf-St. Bartholomä-Stallhofen-Södingberg
Hl. Kreuz-Allerheiligen-St. Georgen-Wolfsberg i. Schw.
Judenburg
Kaindorf-Stubenberg
Kalsdorf-Wundschuh-Werndorf
Kalwang-Mautern-Kammern
Kapfenberg-Hafendorf
Kapfenstein-St. Anna a. A.-Fehring
Kindberg
Kirchbach-St. Stefan
Kirchberg a. d. R.-St. Margarethen
Kirchdorf-St. Jakob-Pernegg
Knittelfeld-Spielberg-Groß- und Kleinlobming-St. Margarethen
Köflach-Lankowitz-Pichling-Rosental
Krieglach-Langenwang
Lannach-Lieboch-Dobl-Ober- u. Unterpremstätten-St. Josef-Haselsdorf

Leibnitz-Wagna-Leitring-Aflenz-Kaindorf-Seggauberg-Tillmitsch
 Leoben-Göß-Leitendorf-Judendorf
 Liezen und umgrenzendes Land (Döllach ...)
 Ligist-Gaisfeld-Söding-Mooskirchen
 Marein-St. Lorenzen-Stanz-Allerheiligen-Mürzhofen
 Mariazell-Gußwerk
 Markt Hartmannsdorf-Ottendorf-Ilz-Großwilfersdorf-Großsteinbach
 Mitterdorf-Wartberg-Veitsch
 Murau-Mitte/Süd: St. Lambrecht-Scheifling-Teufenbach-Niederwölz...
 Murau-Nord: Oberwölz, St. Peter, Schöder, Krakaudorf
 Murau-West: Murau, St. Georgen, Stadl/Mur
 Mureck-Lichendorf-St. Peter a. O.-Mettersdorf-Deutsch Goritz
 Mürzzuschlag-Hönigsberg
 Nestelbach-Laßnitzhöhe-St. Marein
 Neuberg-Spital/Semmering
 Neudau-Unterrohr-Burgau-Buch
 Niklasdorf-Proleb
 Obdach-Weißkirchen
 Peggau-Deutschfeistritz-Übelbach
 Pischelsdorf-Sinabelkirchen-Neudorf
 Pöllau
 Pöls-Oberkurzheim-Oberzeiring-Möderbrugg-St. Georgen-Unzmarkt
 Raaba-Hausmannstätten-Vasoldsberg-Fernitz-Gössendorf
 Radkersburg-Halbenrain-Tieschen-Straden
 Ratten-Rettenegg-Fischbach-Falkenstein-St. Kathrein a.H, St. Jakob
 Rohrbach-Lafnitz-Grafendorf-Dechantskirchen
 Rottenmann-Selzthal-Lassing
 Schladming-Ramsau-Haus
 Schwanberg
 Seckau-St. Marein-Gaal-St. Lorenzen
 Semriach-Passail-Fladnitz
 St. Gallen-Weißbach-Altenmarkt-Großreifling-Gams
 St. Martin-Gleinstätten-St. Andrä-Höch
 St. Michael-St. Stefan-Kraubath
 Stainz-Gams-St. Stefan o. Stainz
 Tragöß-St. Kathrein/L.
 Trieben-Hohentauern-Gaishorn-Wald am Schoberpass-St. Johann a.T.
 Trofaiach-Vordernberg
 Voitsberg-Bärnbach
 Waltersdorf-Ebersdorf-Blumau
 Weiz
 Wenigzell-Waldbach-St. Lorenzen-Vorau
 Wies-Pölfing-Brunn
 Wildalpen
 Wildon-Lebring-Lang-Hengsberg
 Wörschach-Aigen-Stainach-Irdning
 Zeltweg

Anlage 3

Formulare der STGKK

Formularnummer der STGKK	Bezeichnung
VP 6	Überweisung (Mutter-Kind-Pass-Stelle)
VP 7	Ärztenotdienst Graz
VP 10	Bestätigung
VP 11	Wahlarztüberweisung für zytologische Untersuchungen
VP 21	Über-/Zuweisung
VP 22	Antrag auf Anstaltspflege
VP 27	Honorarnote (Bereitschaftsdienst unter der Woche außerhalb von Graz)
VP 31	Antrag zur Durchführung genehmigungspflichtiger ärztlicher Leistungen
VP 35	Ärztlicher Transportantrag
VP 40	Funkärztlicher Bereitschaftsdienst Graz
VP 52 + 54	Drucksortenbestellkarte (Zusendung von Rezeptformularen)
VP 90	Bestätigung der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung
VP 91	Zuweisung CT/MR
CHD 16	Bericht der/des behandelnden Arztes/Ärztin

REV 6 + 7	Anforderungsschein für Verbandmaterial – Pro Ordinatione
L 10 b VP	Arbeitsunfähigkeitsmeldung
L 10 d VP	Arbeitsunfähigkeitsmeldung
L 26 VP	Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel
L 26a/b VP	Beiblatt zur Verordnung L26 VP Orthopäd. Zurichtungen und Schuheinlagen
L 68	Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren
L 94	Anweisung für Fahrtkosten
L 109	Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt
L 192	Arbeits- und Entgeltsbestätigung für Wochengeld
L 217	Verordnung für Sehbehelfe

Mutter-Kind-Pass-Stelle
 Steiermärkische Gebietskrankenkasse
 Dr. Heidi Jakse

Friedrichgasse 18, 8010 Graz
 Telefon: (0316) 80 35-5426, Fax: (0316) 80 35-5633
 Probenannahme: 6.30 bis 14.30 Uhr

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1	Erwerbstätig Arbeitlos Selbstvers.	7	Kriegs- hinter- bliebene(r)	9	Kampf- opfer Kriegs- beschädigt	20	Beleg-Nr.

Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!

Überweisung

Familiennamen(n) / Nachname(n), Vorname(n) Versicherungsnr.

Patient(in) _____ Tag _____ Mon. _____ Jahr _____

Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) eine(e) Angehörige(r) ist)

Tag _____ Mon. _____ Jahr _____

Datum der Übergabe _____
 Unterschrift des Patienten (bzw. der Begleitperson) _____
 Schwang.-Woche oder Schwang.-Monat: _____
 Untersuchungsindikation: _____

Blutbild:

HK: _____
 HB: _____

Röteln:

Toxoplasmose:

Hepatitis-B:

zusätzliche Anforderungen:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

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

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes (MKP-Stelle)

Geb.- Krk.	VA für Eisenbahnen und Bergbau	Betriebs- Krk.	BVA	SV d. gewerbl. Wirtschaft	KFA Graz		Privat- Fürsorge	Fremde Kassen
Visite	ad Ordination	dringend		Polizei verständigt		Rettung verständigt		Blaulichtfahrt

Anruf entgegengenommen: Arztambulanz Graz erledigt:

Ärztlicher Notfalldienst Graz

Auftrag durchgegeben an Wagen Nr.: _____

Besuchsarzt: _____

Name des Patienten: Alter:

Anschrift: Stiege:, Stock:, Tür:

Telefonnummer des Anrufers:

Angegebene Beschwerden:

Umfahrt:

Bote wartet:

.....
(Stempel und Unterschrift des aufnehmenden Arztes)

Bestätigung

(Nur auf Verlangen auszufüllen.)

Herr (Frau)

war heute um

Uhr in meiner Ordination. *

..... am

**Gilt nicht als Nachweis
für Fahrkostenvergütung
durch die Krankenkasse!**

Form. VP 10 – 02/2012 DVR: 0023990

.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

GKK für		BKK der		Andere Kostenträger		1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.		5 Pensio- nist(in)		7 Kriegs- hinter- blieben(e)r		9		20 Kampf- opfer Kriegs- beschädigt		21 Beleg-Nr.	
Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!													

Wahlarztüberweisung für zytologische Untersuchungen

an die entsprechenden Ambulanzen der Landeskrankenanstalten

Familienname(n)/Nachname(n) Patient(in)	Vorname(n) Versicherungsnummer
_____ Tag Mon. Jahr	_____ Tag Mon. Jahr
Versicherte(r) (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)	
_____ Tag Mon. Jahr	
Datum, Unterschrift und Stempel der/des überweisenden Ärztin/Arztes	
Pos.-Nr.	
Datum der Übergabe	
Unterschrift des Patienten (bzw. der Begleitperson)	
Datum, Unterschrift und Stempel der/des überweisenden Ärztin/Arztes	

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

HONORARNOTE

Bereitschaftsdienst unter der Woche außerhalb von Graz

Patient(in): _____ Versicherungsträger: _____

Versicherungsnummer (Lauf-Nr./Geburtsdatum): _____

Zu-/Nach- und Vorname: _____

Adresse: _____

Mitversichert mit:

Versicherungsnummer (Lauf-Nr./Geburtsdatum): _____

Zu-/Nach- und Vorname: _____

Am _____ um _____ Uhr wurden folgende Leistungen

erbracht: _____ DKM zur/m Patientin/Patienten
(einfache Strecke)

Anzahl	Pos.Nr.	Bezeichnung der Leistung

Diagnose: _____

Wie vereinbart wird um Überweisung des Erstattungsbetrages auf das Konto des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin ersucht.

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Unterschrift der/s Patientin/en

Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Beleg-Nr.	
GKK für	BKK der	Anders Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitlos Selbstvers.	5 Pensionist(n)	7 Kriegshinterbliebene(r)
			9	20	21
			Kampfoptfer	Kriegsbeschädigt	

Ärztlicher Transportantrag

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in) Tag Mon. Jahr

Anschrift

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

Tag Mon. Jahr

Diagnose:

Ausführliche Begründung*:

.....

.....

.....

- Krankentransportfahrzeug mit Sanitäter (liegend oder mit Tragesessel)
- Transportfahrzeug ohne Sanitäter (sitzend)

am: nach:

von: nach:

Datum Unterschrift und Stempel d/der/des antragstellenden Ärztin/Arztes

BU Bitte zu beachten!

Vermerke durch den Ärztlichen Dienst der Kasse:

med. befürwortet med. nicht befürwortet

* Transportkosten werden grundsätzlich nur zur nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt oder Behandlungsstelle bzw. zum/zur nächstgelegenen geeigneten (=Fach)Arzt/Ärztin nach Maßgabe der Kassensatzung übernommen.

Begründung erforderlich für die Notwendigkeit des Transportes (sofern nicht aus der Diagnose ableitbar) und bei Inanspruchnahme der nicht nächstgelegenen Behandlungsstelle bzw. Wunsch des Patienten/der Patientin.

Unterschrift und Stempel des Ärztlichen Dienstes



Bestätigung durch die/den Ärztin/Arzt des Krankenhauses
oder die/den Vertrags(fach)ärztin/arzt

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Stationäre Aufnahme am
- Weitergeleitet nach wegen
- Ambulante Behandlung am
- Rücktransport nach Behandlung wegen
erforderlich.

.....
Datum

.....
Stempel u. leserliche Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Transportkostenvergütung

Transport-Nr.
Pol. Kennzeichen:

Abfahrtsort des Rettungswagens:

Transport von nach

am um Uhr.



Datenberichtigung durch den Transportunternehmer!

Familienname(n)/Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient(in) Tag Mon. Jahr
Versicherte(r) Tag Mon. Jahr

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Krankentransportstelle



VA für Eisenbahnen und Bergbau	VA d. öffentl. Bediensteten	SVA d. gewerbl. Wirtschaft	KFA Bed. Mag. Graz	GKK für	BKK der	Anderer Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nist(in)	7 Kriegs- hiter- biene(n)	9	20 Kampf- opfer Kriegs- beschädigt 21	Beleg-Nr.
--------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------	---------	---------	----------------------	--	-----------------------	------------------------------	---	--	-----------

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Arzt notdienst Graz *Ordination*
Funkärztlicher Bereitschaftsdienst Graz *visite*

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in) _____

Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

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

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort) _____

Diagnose:

Erbrachte Zusatzleistungen:

i.m., iv, Infusion, Leitung, Otoskopie, Blutzucker, EKG

Reanimation, Verbandwechsel, Katheter, andere _____

verabreichte Medikamente _____

Erklärung

Für Kassenpatienten: Ich erkläre, dass die angegebenen Daten den Tatsachen entsprechen und dass gegenüber dem bezeichneten Krankenversicherungsträger ein Leistungsanspruch besteht.

Unterschrift _____

Für Privatpatienten: Selbstzahler erhalten eine Vergütung dann, wenn sie bei der Bauernkrankenkasse oder bei der gewerblich Selbständigenkrankenkasse oder bei einer Privatversicherung mit einem entsprechenden Vertrag versichert sind.

Unterschrift _____

Besondere Bemerkungen:

Datum Uhrzeit Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

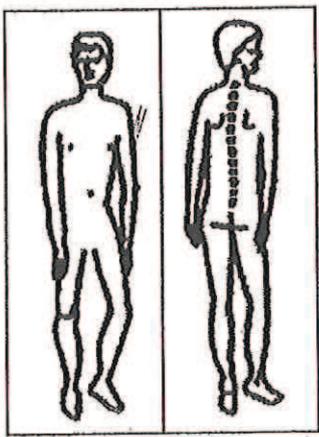
Anamnese: _____

Status: wach somnolent comatös orientiert desorientiert aggressiv

RR: _____ / _____ mmHg Puls: _____ / Min. Temp.: _____ Grad Celsius

Cor: Rhythmisch Arrhythmisch HT, rein Geräusch: _____

Pulmo: VA seitengleich RG's: Keine Pathologisch: _____



X = Schmerz: _____

O = Wunde: _____

Abdomen: Bauchdecke: weich hart gebläht

Druckschmerz: diffus P.M: _____

Resistenzen: Keine Ort: _____

Harn und Stuhl: _____

Nervensystem: Pupillen: o.B. auffällig: _____

Reflex: _____ Lähmungen: Keine Ort: _____

Verabreichte Medikamente: _____

Demnächst zum Hausarzt Transport in KH Übergabe an Notarzt Fehleinsatz

Bestellung auch über das Internet
www.stgkk.at/Service



bitte
ausreichend
frankieren

Absender

Form. VP 52 - 01/2009



An die
Steierm. Gebietskrankenkasse

Abrechnung mit Vertragspartnern

Tel.: (0316) 80 35 DW 1304, 1364

Fax: (0316) 80 35 DW 1861

Josef-Pongratz-Platz 1
Postfach 900

8011 Graz

Um Zusendung von REZEPTFORMULAREN wird ersucht.

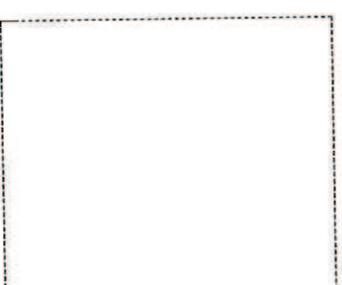
[Redacted]

- [Redacted] Rezepte [Redacted]
- Etiketten für Suchtgiftrezepte

Stempel u. Unterschrift

Drucksorten- Bestellkarte

Bestellung auch über das Internet
www.stgkk.at (Rubrik Service)



An die
Steierm. Gebietskrankenkasse

Absender:

Drucksortenlager
Fax: (0316) 80 35-1729
E-Mail: drucksorten@stgkk.at

Josef-Pongratz-Platz 1
Postfach 900
8011 Graz

**Rezeptformulare bitte ausschließlich mit
Bestellkarte VP 52 anfordern!**

.....	Form. Nr. L 10 VP	Arbeitsunfähigkeitsmeldung
.....		
.....		
.....	Form. Nr. L 26 VP	Heilbehelfsverordnungen
.....	Form. Nr. L 94 VP	Anweisung für Fahrtkosten
.....	Form. Nr. CHD 16	Berichte
.....	Form. Nr. VP 10	Bestätigungen
.....	Form. Nr. VP 21	Über-/Zuweisung
.....	Form. Nr. VP 22	Antrag auf Anstaltspflege
.....	Form. Nr. VP 31	Anträge zur Durchführung genehmigungs- pflichtiger ärztlicher Leistungen
.....	Form. Nr. VP 35	Ärztlicher Transportantrag
.....		
.....	Form. Nr. VP 46	Med. Hauskrankenpfl.: Antrag
.....	Form. Nr.	

Bitte bei allen Anforderungen die Formularnummer unbedingt anführen!

Vertragspartnernummer:

Absender:

.....

Bestätigung

der ärztlichen Untersuchung
bei Inanspruchnahme einer
psychotherapeutischen
Behandlung

GKK
für

BKK
der

Andere Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.

5
Pensio-
nist(in)

7
Kriegs-
hinter-
bliebene(r)

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen

**Dient
zur Vorlage
bei der Kasse**

Bestätigung

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n)

Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Mon. Jahr

Anschrift

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

Tag Mon. Jahr

§ 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG: „Im Rahmen der Kranken-
handlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ... eine
psychotherapeutische Behandlung ... wenn nach-
weislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der
zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb
desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche
Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998,
BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.
12/132. 13. 7. 94 (Muster 1)

- Die Patientin/Der Patient wurde am _____
gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG, § 91 Abs. 1 Z. 3 GSVG,
§ 85 Abs. 1 Z. 3 BSVG, § 63 Abs. 1 Z. 3 B-KUVG
untersucht
- Weitere diagnostische/therapeutische Maßnahmen
sind derzeit erforderlich / nicht erforderlich*)
- Allfällige Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

*) Nichtzutreffendes bitte streichen! Angaben zu diesem Punkt können entfallen.

INFORMATION

FÜR DIE INANSPRUCHNAHME

PSYCHOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG

1. Psychotherapeutische Behandlung im Krankheitsfall kann bei bestimmten Vertragsärztinnen (Wahärztinnen) bei einem/einer eipraktizierenden Psychotherapeuten/in oder in bestimmten Kassenambulatorien in Anspruch genommen werden; entsprechende Informationen erteilt Ihr Krankenversicherungsträger.

2. Zwischen den freipraktizierenden Psychotherapeuten und der Sozialversicherung gibt es derzeit noch keine vertrauliche Regelung.

Bei Inanspruchnahme eines/einer freipraktizierenden Psychotherapeuten/in gewährt die Kasse bis zum Abschluss von Verträgen mit dieser Berufsgruppe gegen Vorlage einer saldierten Honorarnote bis auf Weiteres einen Kostenzuschuss. Der Kostenzuschuss ist nach Art (Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Dauer der Behandlung (Sitzung) unterschiedlich hoch. Der genaue Betrag kann beim zuständigen Krankenversicherungsträger erfragt werden.

Voraussetzungen für die Gewährung eines Kostenzuschusses sind:

- das Vorliegen einer psychischen Störung, die als Krankheit anzusehen ist (keine Kosten werden z. B. bei bloßer Beratung in Schul-, Familien- und Berufsproblemen übernommen);
- der schriftliche Nachweis, dass spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (Sitzung) im gleichen Abrechnungszeitraum (= Kalendervierteljahr) eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde; diese Bestätigung soll auf dem von der Kasse anfertigten Bestätigungsformular erfolgen. Der Arzt/Die Ärztin, wenn er/sie eine Vertragsarzt/ärztin ist, mit eCard in Anspruch genommen werden.

c) Die Honorarnote muss folgende für die Kasse unbedingt erforderliche Informationen enthalten:

- Familien-, Nachname, Vorname und Geburtsdatum des/der Patienten/in (nach Möglichkeit Angabe der Versicherungsnummer),
- Diagnose,
- Behandlungsmethode,
- Anzahl der Behandlungen (Sitzungen),
- Angabe, ob Einzel- oder Gruppenbehandlung (Sitzung),
- Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen (Sitzungen),
- Honorar mit Angabe der Mehrwertsteuer und des Mehrwertsteuersatzes,
- Saldierungsvermerk (bzw. Einzahlungsabschnitt) beilegen,
- Unterschrift und Stempel des/der Psychotherapeuten/in

d) Ab der elften Sitzung ist es erforderlich, dass ein vom Psychotherapeuten /Psychotherapeutin auszufüllendes Antragsformular („Fragebogen“) vorgelegt wird.

3. Psychotherapeutische Behandlung durch bestimmte Vertragsärztinnen oder in bestimmten Kassenambulatorien (siehe Punkt 1) erfolgt gegen Vorlage der eCard. (Krankenkassenschecks).

4. Ab der elften Sitzung kann eine psychotherapeutische Behandlung auf Kassenkosten (Krankenschein, Kostenerstattung oder Kostenzuschuss) nur nach kontroll ärztlicher Bewilligung erfolgen.

5. Die dargelegte Regelung hinsichtlich des Kostenzuschusses (siehe Punkt 2) gilt nur für die Übergangszeit bis zum Abschluss von Verträgen mit den freipraktizierenden PsychotherapeutenInnen.

GSKK für	BKK der	Andere Kostenträger	Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensio- nist(in)	Kriegs- hinter- blieben(e)	9	20 Kampf- opfer Kriegs- beschäftigt 21
Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Zuweisung zur Computertomographie

Familiename(n) / Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient (in)

Tag Mon. Jahr

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

Tag Mon. Jahr

Bewilligung durch den Ärztlichen Dienst

ja nein

Datum, Stempel und Unterschrift
der/s zuweisenden Arzti/n/Arztes

Überweisung an:

Datum der Übergabe

Unterschrift des Patienten (bzw. der Begleitperson)

1. Klinische Verdachtsdiagnose

2. Bisher vorliegende relevante Vorbefunde und Untersuchungsergebnisse:

3. Exakte Fragestellung, die durch die CT beantwortet werden soll:

4. Anamnese (frühere Erkrankungen, Operationen):

An den Ärztlichen Dienst
der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

Bericht des behandelnden Arztes

Vom behandelnden Arzt/Ärztin auszufüllen, zu verschließen und geschlossen
dem Versicherten mitzugeben!

Name der(s)
Versicherten:

Diagnose: Vers.-Nr.:

arbeitsunfähig ab: noch arbeitsunfähig:
(Ja oder Nein)

wie lange etwa noch? arbeitsfähig ab:

Kurzer Befund:

Bisherige Therapie:

Kann der/die Kranke unbedenklich zur Nachuntersuchung kommen?

Warum nicht?

Rö-Befund, EKG-Befund, fachärztlicher Befund, Krankenhausbericht wird gleichzeitig verschlossen mit der
Bitte um Rückgabe zur Verfügung gestellt.

Der/Die behandelnde Arzt/Ärztin:

.....

den

Unterschrift und Stampiglie

Bitte zusammenheften!

An den

Ärztlichen Dienst

der Steierm. Gebietskrankenkasse

ANFORDERUNGSSCHEIN
 von Einmalspritzen und Einmalnadeln
 für den Ordinationsbedarf im

Arzt-Nr.

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

I. u. II. Quartal

III. u. IV. Quartal

Angeforderte Menge	Artikel	SAP	Bewilligte Menge
	Einmalspritzen: 2 ml	283	
	5 ml	284	
	10 ml	285	
	20 ml	286	
	Einmalnadeln: Standard Nr. 20 0,40 x 19	2722	
	Nr. 18 0,45 x 23	2723	
	Nr. 17 0,55 x 25	5472	
	Nr. 16 0,60 x 25	293	
	Nr. 14 0,60 x 32	5473	
	Nr. 12 0,70 x 32	292	
	Nr. 2 0,80 x 38	291	
	Nr. 1 0,90 x 38	290	
	Einmalnadeln: Spezial (Serum) 0,7 x 50	294	
	0,8 x 50	5474	
	0,9 x 50	295	
	1,1 x 50	5475	
	1,2 x 50	5476	
	0,8 x 80	297	
	Venenverweilkanülen: G 20 1,0 x 0,75	3953	
	G 18 1,2 x 0,95	3952	
	G 17 1,4 x 1,05	3951	
	G 16 1,7 x 1,36	3950	

Genehmigungsvermerk
 der Kasse:

Postleitzahl und Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Steiermärkische Gebietskrankenkasse		GKK für	BKK der
Bitte Namen der zutreffenden Kasse einzeichnen!			
Bitte Versicherungsnummer anführen:		Lfd. Nr.	Geburtsdatum
Familienname(n)		Vorname(n)	
Adresse: (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.)			
Dienstgeber:			
Arbeits- unfähig seit	_____	<input type="checkbox"/> Ausgehzeit <input type="checkbox"/> Bettruhe	von _____ bis _____ _____ bis _____
Diagnose:			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Berufskrankheit) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel <input type="checkbox"/> Folge von Trunkenheit <input type="checkbox"/> Folge von Suchtgiftmisbrauch <input type="checkbox"/> Folge einer Dienst-(Kriegs-)Beschädigung <small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>			
Ordinationen am		Visiten am	
Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis		Arbeitsfähig ab	
Begründung bei rückwirkendem AU-Beginn (über einen Tag):		Anstaltspflege im (Kuraufenthalt)	
Raum für Stempelaufrücke (Arbeitsunfall, § 142 ASVG, Eingang)		vom _____ bis _____	
Zum Chefarzt bestimmt für:		Voraussichtlich arbeitsfähig ab:	
Datum der Protokollierung		Stempel und Unterschrift des Arztes	

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Arbeitsunfähigkeitsmeldung
bitte raschest der
Kasse übermitteln

Vorfallsart: Verkehrsunfall Schiunfall
 Raufhandel (bzw. tätliche Auseinandersetzung) Sportunfall (außer Schiunfall)
 Verletzung durch Tiere

Der Vorfall ereignete sich
 während der Arbeit/im Betrieb auf dem Weg zur Schule/Arbeit
 bei einer Tätigkeit in der Landwirtschaft auf dem Weg von der Schule/Arbeit
 in der Schule/während einer Schulveranstaltung durch Gebrauch eines fehlerhaften Produktes

Vorfallsort (genaue Bezeichnung):

Vorfalltag:

Vorfallszeit:

Haben Sie in den letzten zwölf Stunden vor dem Vorfall Alkohol und/oder Medikamente und/oder Suchtgift zu sich genommen?

ja nein

Wenn ja, Art und Menge:

(ab) wann genau:

Kurze Schilderung des Ereignisses:

Wurde eine Anzeige erstattet?

Wenn ja, bei welcher

Polizeidienststelle (Gendarmerieposten)?

GZ:

War noch jemand am Vorfall beteiligt? Wurde noch jemand verletzt? (Name und Anschrift)

Name und Anschrift des vermutlich Schuldigen:

Bie Verkehrsunfällen:

1

2

a) Lenker	_____	_____
b) Kfz-Halter	_____	_____
c) Anschrift	_____	_____
d) Geb.-Datum	_____	_____
e) Art d. Kfz	_____	_____
f) Kennzeichen	_____	_____
g) Haftpflichtversicherung	_____	_____

Nach Belehrung erkläre ich ausdrücklich, dass ich keine mit dem gegenständlichen Vorfall zusammenhängende Tatsachen verschwiegen habe. Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Gelesen, richtig

..... am

Unterschrift des Krankenbesuchers Ort Datum Unterschrift des Verletzten oder dessen gesetzl. Vertreter

Steiermärkische Gebietskrankenkasse		GKK für	BKK der
Bitte Versicherungsnummer anführen: Familienname(n) _____ Vorname(n) _____		Bitte Namen der zutreffenden Kasse einzeichnen! Lfd. Nr. _____ Geburtsdatum _____	
Adresse: (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.) _____			
Dienstgeber: _____			
Arbeits- unfähig seit _____	<input type="checkbox"/> Ausgehzeit <input type="checkbox"/> Bettruhe	von _____ bis _____	
Diagnose: _____			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Berufskrankheit) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel <input type="checkbox"/> Folge von Trunkenheit <input type="checkbox"/> Folge von Suchtgiftmisbrauch <input type="checkbox"/> Folge einer Dienst-(Kriegs-)Beschädigung <small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>		Anstaltspflege im _____ vom _____ bis _____ (Kuraufenthalt)	
Ordinationen am _____ Visiten am _____	Zur Beachtung: Der vom Arzt oder von der Kasse festgelegte Termin zur cheftätlichen Kontrolluntersuchung ist bei Gehfähigkeit unbedingt einzuhalten. Zu diesem Zweck ersuchen wir Sie, sich bei der Ihrem Wohnort (Aufenthaltsort) nächstgelegenen cheftätlichen Dienststelle einzufinden. Sollten Sie vor Erhalt einer Einladung zur cheftätlichen Kontrolluntersuchung arbeitsfähig sein, ist der Krankenstand vom behandelnden Arzt abzuschließen und dieser Beleg der Kasse sogleich zu übermitteln.		
Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis _____ ab _____	Zum Chefarzt bestimmt für: _____ Voraussichtlich arbeitsfähig ab: _____		
Datum der Protokollierung _____ 20 _____		Stempel und Unterschrift des Arztes _____	

Beleg für Anweisung oder Krankenstandsabschluss

Nach Gesundheitsmeldung durch den Arzt sofort der Kasse übermitteln oder per Internet bekannt geben:
www.stgkk.at

Begründung bei rückwirkendem AU-Beginn (über einen Tag):

Zur Beachtung!

Der vom Arzt oder von der Kasse festgelegte Termin zur cheftätlichen Kontrolluntersuchung ist bei Gehfähigkeit unbedingt einzuhalten. Zu diesem Zweck ersuchen wir Sie, sich bei der Ihrem Wohnort (Aufenthaltsort) nächstgelegenen cheftätlichen Dienststelle einzufinden.
 Sollten Sie vor Erhalt einer Einladung zur cheftätlichen Kontrolluntersuchung arbeitsfähig sein, ist der Krankenstand vom behandelnden Arzt abzuschließen und dieser Beleg der Kasse sogleich zu übermitteln.

Zum Chefarzt bestimmt für:

Voraussichtlich arbeitsfähig ab:

Datum der Protokollierung _____ 20 _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Bitte beachten Sie!

Vor Anweisung des Krankengeldes müssen die Arbeitsunfähigkeit und die laufende Behandlung vom Arzt bestätigt werden. Für die erste Anweisung der Geldleistung ist die vom Dienstgeber ausgefertigte Arbeits- und Entgeltsbestätigung der Kasse zu übermitteln. Bestätigungen über Spitalsaufenthalte u. ä. während der Arbeitsunfähigkeit sind immer beizuschließen.

Während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld 4wöchentlich im Nachhinein angewiesen. Für die Überweisung ersuchen wir um Angabe Ihrer Bankverbindung.

Beabsichtigen Sie, im Krankenstand den Aufenthaltsort zu verlassen, ist vorher die Zustimmung der Kasse einzuholen.

Der Vorladung zur cheftztlichen Untersuchung ist nur bei Gehfähigkeit Folge zu leisten. Transportkosten können nicht ersetzt werden. Ein Fernbleiben von dieser Untersuchung ist vom behandelnden Arzt auf diesem Beleg zu begründen.

Nach Abschluss des Krankenstandes durch den behandelnden Arzt ist dieser Nachweis unverzüglich der Kasse (Außenstelle) zu übermitteln.

Sofern diese Arbeitsunfähigkeit durch eine tätliche Auseinandersetzung herbeigeführt wurde oder eine unmittelbare Folge von Trunkenheit bzw. des Missbrauchs von Suchtgiften ist, muss dies der Kasse sofort und unaufgefordert mitgeteilt werden!

Meine Bankverbindung:

Geldinstitut: _____
Bankleitzahl: _____
Kto.-Nr.: _____

Kundeninformations- und Servicecenter

Sollten Sie zu Ihrem Krankenstand noch weitere Fragen haben, steht Ihnen das Team unseres Servicecenters unter der Telefon-Nummer:

(0316) 8035 - 3000

Montag bis Freitag von 06.45 Uhr bis 16.00 Uhr
gerne zur Verfügung

Wird von der Kasse ausgefüllt!		
Datum	Uhrzeit	Ergebnis
		Unterschrift

Steiermärkische Gebietskrankenkasse		GKK für	BKK der	Arbeitsunfähigkeitsmeldung
<small>Bitte Namen der zutreffenden Kasse einsetzen!</small>				
Bitte Versicherungsnummer anführen:		Lfd. Nr.	Geburtsdatum	Bitte raschest der Kasse übermitteln!
Familienname(n)/Nachname(n)		Vorname(n)		
Adresse: (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.)				
Arbeits- unfähig seit	<input type="checkbox"/> Ausgehzeit von bis	Begründung bei rückwirkendem AU-Beginn (über einen Tag):		
	<input type="checkbox"/> Bettruhe			
Diagnose:		Anstaltspflege im vom bis		
		(Kuraufenthalt)		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Berufskrankheit) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel <input type="checkbox"/> Folge von Trunkenheit <input type="checkbox"/> Folge von Suchtgiftmisbrauch <input type="checkbox"/> Folge einer Dienst-(Kriegs-)Beschädigung <small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>		Raum für Stempelaufdrucke (Arbeitsunfall, § 142 ASVG, Eingang)		
Ordinationen am		Visiten am		
Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis		Arbeitsfähig ab		
		Zum Ärztlichen Dienst der Kasse bestimmt für:		
20 Datum der Protokollierung		Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes		

Form. L 10 d VP – 03/2011 DVR: 0023990

Bitte Rückseite beachten!

Steiermärkische Gebietskrankenkasse		GKK für	BKK der	Beleg für Anweisung oder Krankenstandsabschluss
<small>Bitte Namen der zutreffenden Kasse einsetzen!</small>				
Bitte Versicherungsnummer anführen:		Lfd. Nr.	Geburtsdatum	Nach der Gesundheitsmeldung durch die Ärztin/ den Arzt sofort der Kasse übermitteln oder per Internet bekannt geben: www.stgkk.at
Familienname(n) / Nachname(n)		Vorname(n)		
Arbeits- unfähig seit	<input type="checkbox"/> Ausgehzeit von bis	Begründung bei rückwirkendem AU-Beginn (über einen Tag):		
	<input type="checkbox"/> Bettruhe			
Diagnose:		Anstaltspflege im vom bis		
		(Kuraufenthalt)		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Berufskrankheit) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel <input type="checkbox"/> Folge von Trunkenheit <input type="checkbox"/> Folge von Suchtgiftmisbrauch <input type="checkbox"/> Folge einer Dienst-(Kriegs-)Beschädigung <small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>		Zur Beachtung! Der von der Ärztin/vom Arzt oder von der Kasse festgelegte Termin zur Kontrolluntersuchung durch den Ärztlichen Dienst der Kasse ist bei Gehfähigkeit unbedingt einzuhalten. Zu diesem Zweck ersuchen wir Sie, sich bei der Ihrem Wohnort (Aufenthaltsort) nächstgelegenen Dienststelle unseres Ärztlichen Dienstes einzufinden. Sollten Sie vor Erhalt einer Einladung zur Kontrolluntersuchung arbeitsfähig sein, ist der Krankenstand von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt abzuschließen und dieser Beleg der Kasse sogleich zu übermitteln.		
Ordinationen am		Visiten am		
Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt bis		Arbeitsfähig ab		
		Zum Ärztlichen Dienst der Kasse bestimmt für:		Voraussichtlich arbeitsfähig ab:
20 Datum der Protokollierung		Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes		

Bitte beachten Sie!

Vor Anweisung des Krankengeldes müssen die Arbeitsunfähigkeit und die laufende Behandlung von der Ärztin/vom Arzt bestätigt werden. Für die erste Anweisung der Geldleistung ist die von der Dienstgeberin/vom Dienstgeber ausgefertigte Arbeits- und Entgeltsbestätigung der Kasse zu übermitteln. Bestätigungen über Spitalsaufenthalte u. ä. während der Arbeitsunfähigkeit sind immer beizuschließen.

Während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld 4wöchentlich im Nachhinein angewiesen. Für die Überweisung ersuchen wir um Angabe Ihrer Bankverbindung.

Beabsichtigen Sie, im Krankenstand den Aufenthaltsort zu verlassen, ist vorher die Zustimmung der Kasse einzuholen.

Der Vorladung zur Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst der Kasse ist nur bei Gehfähigkeit Folge zu leisten. Transportkosten können nicht ersetzt werden. Ein Fernbleiben von dieser Untersuchung ist von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt auf diesem Beleg zu begründen.

Nach Abschluss des Krankenstandes durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt ist dieser Nachweis unverzüglich der Kasse (Außenstelle) zu übermitteln.

Sofern diese Arbeitsunfähigkeit durch eine tätliche Auseinandersetzung herbeigeführt wurde oder eine unmittelbare Folge von Trunkenheit bzw. des Missbrauchs von Suchtgiften ist, muss dies der Kasse sofort und unaufgefordert mitgeteilt werden!

Meine Bankverbindung:

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Kto.-Nr.: _____

Kundeninformations- und Servicecenter

Sollten Sie zu Ihrem Krankenstand noch weitere Fragen haben, steht Ihnen das Team unseres Servicecenters unter der Telefon-Nummer:

(0316) 8035 - 3000

Montag bis Freitag von 06.45 Uhr bis 16.00 Uhr
gerne zur Verfügung

Wird von der Kasse ausgefüllt!

Datum	Uhrzeit	Ergebnis	Unterschrift

Arztstempel bei Befreiung vom gesetzlichen Kostenanteil		GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nals(in)	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	9	20 Kampf- opfer Kriegs- beschädigt	21	Beleg-Nr.
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							

Verordnung für Heilbehilfe und Hilfsmittel

Der Verordnungsschein ist bei bewilligungspflichtigen Behelfen innerhalb von 14 Tagen ab Verordnungsdatum der Kasse zur Bewilligung vorzulegen.
Die Gültigkeit erlischt, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Bewilligung – bei nichtbewilligungspflichtigen Heilbehelfen nach der Verordnung – eingelöst wird.

Diagnose:

Bezeichnung des Heilbehelfes Hilfsmittels Körpersatzstückes
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Stück	Paar
	orthopädische Schuheinlagen
	Gummistümpfe: Socken, Unterschenkel, Knie, Oberschenkel mind. Kompr.Kl.II

Patient(in)

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Tag Mon. Jahr

Anschrift

Tag Mon. Jahr

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

Tag Mon. Jahr

Von der/ Vom Versicherten auszufertigen:

Telefonnummer der/des Versicherten bzw. einer Kontaktperson:

Wegen welchem Ereignis ist die Anschaffung des Behelfes erforderlich (z.B. Arbeitsunfall, Kriegsbeschädigung, Verkehrsunfall, Schülerunfall, fremdes Verschulden):

Tag des Ereignisses:

Tag Mon. Jahr

Datum

Unterschrift

Achtung: Für Personen, die aufgrund der Bestimmung des Kriegspferversorgungsgesetzes 1957 (KH) und Heeresversorgungsgesetzes 1973 krankenversichert sind, ist die Voreingehmung der Kasse einzuholen.

Stellungnahme durch den Ärztlichen Dienst der Kasse:

- bewilligt
- abgelehnt wegen
- Verordnung geändert auf

Datum Unterschrift und Stempel der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Kosten (Pos.-Nr.) €
 Anteil der Kasse €
 Anteil der Kasse €

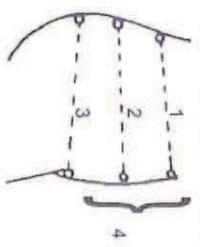
Kostenvoranschlag bzw. Verrechnung der Lieferfirma:

Kosten laut Pos.-Nr. €
 Zwischensumme: €
 Prozent: €
 Endsumme: €

Datum Stempel und Unterschrift der Firma

Bewilligungsvermerk der Kasse:

Datum Stempel und Unterschrift

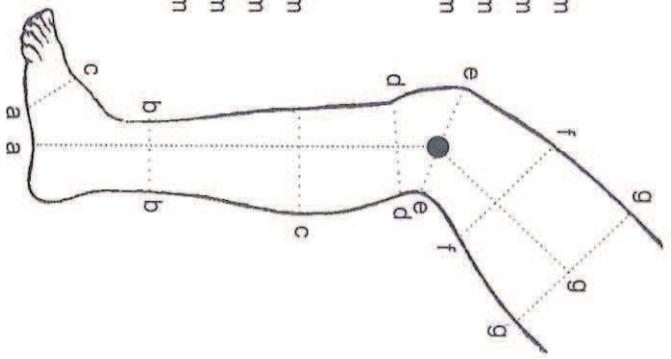


Maß für Leibbinden
 Umfang des Körpers nach nebenstehender Skizze:
 1. cm
 2. cm
 3. cm
 4. cm (Höhe der Binde)

Breite des Bauches (von Hüft- zu Hüftknochen gemessen) cm)

Maß für Gummistrümpfe

	Umfang	Länge
Rechter Fuß bei a	cm	a-d cm
b	cm	a-e cm
c	cm	e-f cm
d	cm	e-g cm
e	cm	
f	cm	
g	cm	
Linker Fuß bei a	cm	a-d cm
b	cm	a-e cm
c	cm	e-f cm
d	cm	e-g cm
e	cm	
f	cm	
g	cm	



Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Übernahme des (der) verordneten Behelfe(s) und versichere, dass der gleiche Heilbehelf bzw. das gleiche Hilfsmittel während der im § 23 Abs. 1 der Krankenordnung festgesetzten Gebrauchsdauer nicht auf Rechnung der Kasse bezogen wurde. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass ich bei widerrechtlichem Bezug zum Ersatz der Kosten für diese(n) Behelfe(n) der Kasse gegenüber verpflichtet bin.

Datum Unterschrift der Empfängerin/des Empfängers

GKK für		BKK der	Andere Kostenträger		1 Erwerbstätig Angehöriger Selbstvers.		5 Pensions- ist(in)		7 Kriegs- hinter- bliebene(r)		9		20 Kampf- oper		21 Beleg-Nr.	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!												Bitte zutreffendes Feld bezeichnen				

Beiblatt zur Verordnung L 26 VP Orthopäd. Zurichtungen und Schuheinlagen

Diagnose:

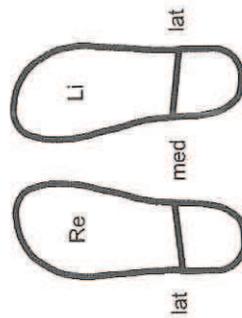
Familiennamen(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Tag Mon. Jahr

Anschrift

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

Tag Mon. Jahr



	Med.	Lat.	Li.	Re.
A Maßschuhe und Schuhzurichtungen				
• Lotaufbau				
• Schallversteifung				
• Schalterhöhung.				
• Mittelfuß-/ Schmetterlingsrolle				
• Sohlenverbreiterung				
• Sohlenranderhöhung				
• Längenausgleich Absatz				
• Längenausgleich Sohle				
•				
•				
B Einlagen				
• retrocapitale Abstützung				
• mediale Unterstützung				
• Weichbettung				
•				
•				

Datum Unterschrift und Stempel der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Bitte wenden!

<p>Orthesen:</p>
<p>Sonstige:</p>



Alimentations-/Unterhaltsverpflichtung

(Nachweise sind beizuschließen)

 für Kinder €
 Ehegattin/Ehegatte €
 eingetragene(r) Partner(in) €

Leiden Sie oder eine/einer Ihrer Angehörigen an einer Krankheit (Gebrechen), durch die besondere Kosten erwachsen? Wenn ja:

Name und Geburtsdatum der erkrankten Person:

Angabe der Krankheit (des Gebrechens):

Wie viele Medikamentenpackungen werden durchschnittlich monatlich ärztlich verordnet?

Sollte sich der Bedarf an Dauermedikamenten in den letzten 2 Monaten vor der Antragstellung deutlich erhöht haben, lassen Sie dies am Antrag ärztlich bestätigen.

Vermerke:

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Kasse einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, Änderungen meiner Angaben (z.B. Familienstand, Einkommen) unverzüglich der Kasse bekannt zu geben.

.....
Datum.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers**Wird von der Kasse ausgefüllt !****Anmerkung:**

Einkommen der/des Versicherten	€
Einkommen der/des Angehörigen	€
Summe des Einkommens	€
Richtsatz - Versicherte(r)	€
Erhöhungsbetrag für die Angehörigen	€
Zurechnungsbetrag gem. § 4 Abs. 1 Z. 3 der Richtlinien	€
Gesamtsumme	€
Differenz Richtsatz - Gesamteinkommen	€

Befreiung von der Rezeptgebühr: bewilligt abgelehnt

Befreiung gemäß § der Richtlinien für die Zeit vom bis

.....
Datum, Stempel und Unterschrift der Bearbeiterin / des Bearbeiters

	GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nisi(n)	7 Kriegs- hinter- blieben(e)r	9	20 Kampf- opfer Kriegs- beschädigt Zf	Beleg-Nr.
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!									
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!									
<h2 style="margin: 0;">Anweisung für Fahrtkosten</h2>									
Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer									
Patient(in)									
Anschrift									
Versichert(er) (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)									
<p>ZUR BEACHTUNG: Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten nur, wenn eine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt, und diese nicht wegen Erreichens der Rezeptgebührenobergrenze erfolgte (ausgenommen Fahrten zu einer Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie) und die Entfernung zwischen Wohnort und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle 20 km übersteigt. Die Kostenersatzung erfolgt nach dem in der Satzung der Kasse festgelegten Kilometersatz. Für Fahrten im Ortsgebiet gebührt kein Kostenersatz. Etwaige Fahrpreisermäßigungen, wie Senioren- oder Rückfahrkarten sind in Anspruch zu nehmen.</p>									
Sämtliche Fahrkarten sind beizubringen!									
<p>Diagnose:</p> <p>Begleitperson erforderlich (ausführliche med. Begründung) wegen:</p> <p>Bitte zutreffendes Feld ankreuzen! <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Überweisung an:</p> <p><input type="checkbox"/> Vertragsarzt/ärztin</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatorium für</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus</p> <p>zur <input type="checkbox"/> stationären <input type="checkbox"/> ambulanten Behandlung</p> <p>Fahrt zum/zur nicht nächstgelegenen Vertragsfacharzt/ärztin oder Krankenhaus aus medizinischen Gründen erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Unterschrift und Stempel des/der überweisenden Arztes/Ärztin</p> <p>Vom/Von der Anspruchsberechtigten auszufertigen:</p> <p>Die Fahrt(en) erfolgte(n) mit öffentlichem(n) Verkehrsmittel(n)</p> <p><input type="checkbox"/> Bahn/Bus</p> <p>Besitzt der Patient/die Patientin (Begleitperson) einen Ermäßigungsausweis?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>Wenn JA, welchen?</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Unterschrift des/der Versicherten</p>									

Sämtliche Fahrkarten sind beizubringen!	
Raum für Kassenvermerke	<p>Zutreffendes bitte ankreuzen! <input checked="" type="checkbox"/> Patient(in) wurde von mir an Dr. in zur <input type="checkbox"/> fachärztlichen Befundung <input type="checkbox"/> fachärztlichen Behandlung weiter überwiesen.</p> <p>..... Datum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>
	<p>Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Kasse:</p> <p><input type="checkbox"/> med. befürwortet <input type="checkbox"/> med. nicht befürwortet Sonstige Vermerke:</p> <p>..... Datum Unterschrift/Stempel</p>
	<p>Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung bekannt!</p> <p>Meine Bankverbindung:</p> <p>Geldinstitut Bankleitzahl Kto.-Nr.</p>
	<p>..... Behandlungsdatum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>
	<p>..... Behandlungsdatum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>
	<p>..... Behandlungsdatum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>
	<p>..... Behandlungsdatum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>
	<p>..... Behandlungsdatum Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin</p>



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Posteingangsstempel

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständige(r) Krankenversicherungsträger (Anstalt): _____

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient(in)		Lfd. Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte(r)		Versicherungsnummer			
<small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)</small>		Lfd. Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherte(r) beschäftigt bei <small>(Dienstgeber(in), Dienstort, Tel. Nr.)</small>					

Angaben des (der) Versicherten:

Familienstand: _____

Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

Versichert als Arbeiter(in) Angestellte(r)

bzw. bei VA öffentlich Bediensteter

VA d. österr. Eisenbahnen-

Mitgliedsnummer | | | | | | | | | |

(Bitte Einkommensnachweis beilegen!)

Selbständig erwerbstätig als _____

Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit nein ja

Beziehen Sie Leistungen nein ja

a) aus der Pensionsversicherung Pensionsversicherungsträger _____

b) aus der Arbeitslosenversicherung Geschäftsstelle des AMS _____

c) aus der Unfallversicherung Anstalt _____

d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen

e) von einem Sozialhilfeträger

f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) Von welcher Stelle _____

Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt Bei welcher Anstalt _____

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert Bei welcher Anstalt _____

Beziehen Sie Pflegegeld Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension nein ja Von welcher Anstalt _____

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert nein ja Bei welcher Anstalt _____

Sind Sie pensions- oder unfallversichert nein ja Bei welcher Anstalt _____

Beziehen Sie Pflegegeld nein ja Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ja Wann _____ Wo _____

Wann _____ Wo _____

Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

Anmerkung des Versicherungsträgers

Entsendung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	vom - bis	Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt)

Datum und Namensstempel des/der Bearbeiters/Bearbeiterin

für _____ männlich weiblich
Familienname(n) Vorname(n) Geburtsjahr

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant
 (Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe _____ Gewicht _____ RR _____
 a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)
 (Nebenerkrankungen z. B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislaufferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird für **in**

<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat	
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis	
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis	
	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)

Patient(in)
 ist heimfähig nein ja ist kurfähig nein ja benötigt Diät nein ja Art _____
 ist gehfähig nein ja mit Hilfsmittel nein ja Rollstuhl nein ja
 benötigt Begleitperson nein ja für die Anreise für den Aufenthalt
 benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein ja
 benötigt Transport nein ja
 Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)
 Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)
 Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Erledigung des Versicherungsträgers

	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genesung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z. B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.)
Landaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurkostenzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift des(r) Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des(r) leitenden Arztes/Ärztin

Erledigungsvermerke:



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

An die

**Vor dem Ausfüllen des Formulars
bitte die Rückseite lesen!**

DG-Kontonummer

Arbeits- und Entgeltsbestätigung für Wochengeld

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

Familiename/Nachname (auch alle früher geführten Namen) akad. Grad

Vorname/n Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde

Anschrift (Int. KFZ-K., Plz., Ort, Straße, Nr.)

Beschäftigt seit: (letzter arbeitsrechtlicher Eintritt) Tag Monat Jahr Bei 5,- 6,- oder Tage-Woche, bei – Tage-Turnus.

als Arbeiterin Angestellte Vertragsbedienstete
(Tätigkeit genau bezeichnen)

Grund d. Arbeitseinstellung 02 – Kündigung d. Dienstnehmerin
 03 – einvernehmliche Lösung 04 – Zeitablauf
 05 – vorzeitiger Austritt 06 – Entlassung
 07 – Karenz nach Mutterschutz
 00 – sonstige Gründe.....

Letzter Arbeitstag: Tag Monat Jahr Das Beschäftigungsverhältnis wurde (wird) mit: Tag Monat Jahr nicht gelöst
 gelöst
 pragmatisiert ab

Gebührenurlaub oder unbezahlter Urlaub vor Eintritt der Mutterschaft vom bis

Gehaltskonto der Versicherten: Bankleitzahl

Arbeitsverdienst inkl. Trinkgeld und Trinkgeldpauschale (ohne Sonderzahlungen) für Dienstnehmerinnen netto €
in den letzten 3 Kalendermonaten vor Eintritt vom bis (vermindert um die gesetzlichen Abzüge)
des Versicherungsfalles für freie Dienstnehmerinnen brutto €

Sachbezüge im Arbeitsverdienst enthalten ja nein
Sachbezüge (Art und mengenmäßig genau anführen)

Weitergewährung von Sachbezügen während des Wochengeldbezuges ja nein
Unterbrechung des Bezuges des vollen Arbeitsverdienstes während der letzten 3 Kalendermonate

vom bis vom bis
vom bis vom bis
vom bis vom bis
vom bis vom bis

Anspruch auf Sonderzahlung ja nein Ausmaß: Monatsbezüge, Wochenbezüge

Kündigungsentschädigung ja, vom bis nein

Ersatzleistung (Urlaubsentschädigung/-abfindung) ja, vom bis nein

Während des Beschäftigungsverbotes besteht folgender gesetzlicher vertraglicher – Anspruch auf Fortbezug des Entgeltes
 Anspruch auf das halbe Entgelt bis Anspruch auf mehr als das halbe Entgelt bis kein Anspruch

Datum Telefonnummer, Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des/der Bevollmächtigten
Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller/die Ausstellerin (§§ 1295 ff ABGB)

Bestätigung der (Vertrags-) Ärztin/des (Vertrags-)Arztes

Die körperliche Untersuchung hat ergeben, dass

Frau

Versicherungsnummer

voraussichtlich am entbinden wird.

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ausstellerin/den Aussteller

- Der Dienstgeber/Die Dienstgeberin ist verpflichtet, die Arbeits- und Entgeltsbestätigung für Wochengeld auszustellen (§ 361 Abs. 3 ASVG).
- Als „Arbeitsverdienst“ für die Dienstnehmerinnen gilt der Arbeitslohn (ohne Sachbezüge und Familienbeihilfe), vermindert um die gesetzlichen Abzüge (Lohnsteuer, Versichertenanteil an Sozialversicherungsbeiträgen, Kammerumlage, usw.).
- Als „Arbeitsverdienst“ für freie Dienstnehmerinnen gilt der Arbeitslohn (ohne Sachbezüge und Familienbeihilfe).
- Unter „Sachbezügen“ bitte die Anzahl der Tage in der Woche bzw. im Monat eintragen, an denen die Dienstnehmerin Sachbezüge (z.B. Kost und Wohnung) erhalten hat.
- Wenn die Versicherte in den letzten 3 Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalles infolge Krankheit oder vorübergehender Kurzarbeit nicht das volle Entgelt bezogen hat, ersuchen wir, solche Zeiten als „Unterbrechung“ gesondert anzuführen.
Teilentgeltzahlungen (§ 162 Abs. 3 lit. b ASVG – z.B. halbe Entgeltfortzahlung gem. § 2 EFZG) sind nicht beim Nettolohn mit zu berücksichtigen – neutrale Zeit!
- Der Anspruch auf Sonderzahlung sowie deren Ausmaß ist zu bestätigen, wenn solche im laufenden Kalenderjahr bereits gezahlt wurden oder noch fällig würden.

Arztstempel bei Befreiung vom gesetzlichen Kostenanteil		GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nist(in)	7 Kriegs- hinter- blieben(e)r	9	20 Kampf- oper Kriegs- beschädigt	21 Beleg-Nr
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						

Verordnung für Sehbehelfe

Der Verordnungsschein ist bei bewilligungspflichtigen Behelfen innerhalb von 14 Tagen ab Verordnungsdatum der Kasse zur Bewilligung vorzulegen. Die Gültigkeit erlischt, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Bewilligung eingelöst wird. Bei bewilligungsfreien Brillen ist der Verordnungsschein innerhalb von 30 Tagen beim Optiker bei der Optikern einzureichen.

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Mon. Jahr

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

Tag Mon. Jahr



Vorhänger	___ % Absorp.	Kunststoffgläser
Bifokal	Multifokal	Stargläser
Pupillardistanz mm	F N	
Hornhautscheitelabstand		mm

Gläser für		Sphärisch	Zylindrisch	Achse	Prism.	Basis
R	L					
Ferne						
R	L					
Nähe						

Bewilligungsvermerk der Kasse:

Unterschrift und Stempel des(r) Vertragsarztes/ärztin

Datum

Stellungnahme durch den Ärztlichen Dienst der Kasse:

- bewilligt
- abgelehnt wegen
- Verordnung geändert auf

Datum

Unterschrift und Stempel der Kasse

Verrechnung des Fachoptikers/der Fachoptikerin – Kosten nach Tarif

L 217 neu: L 217.qxd 20.12.2010 11:07 Seite 2

Positions-Nummer	Stück	Bezeichnung	Betrag excl.MWSt.	Betrag incl. MwSt.
1. Einheit (Ferne, Bifokalgläser)				
		Brillenglas		
		Brillenglas		
		Fassung		
		Vorhänger		
		Zwischensumme		
2. Einheit (Nähe, Sonnenschutzbrille)				
		Brillenglas		
		Brillenglas		
		Fassung		
		Zwischensumme		
		Endsumme		
Von der/Vom Versicherten eingehobener Betrag				
Zur Zahlung durch die Kasse verbleiben				

Pos. Nr. 50 = Kunststoffgläser
 51 = Prismenfolien
 52 = Okklusionsplättchen

Pos. Nr. 53 = Fernrohrbrille
 54 = Sonderbewilligungen

BITTE BEACHTEN!

Brillenfassungen können erst nach Ablauf von mindestens drei Jahren seit dem Tag der letzten Bewilligung auf Rechnung der Kasse neuerlich bezogen werden.

Brillengläser können ebenfalls erst nach Ablauf von mindestens drei Jahren seit dem Tag der letzten Bewilligung auf Rechnung der Kasse wiederum bezogen werden, wenn sich nicht innerhalb dieser Frist die Sehstärke um mindestens eine halbe Dioptrie geändert hat.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Übernahme des (der) verordneten Behelfe(s) und nehme zur Kenntnis, dass ich bei einem Verstoß gegen die Krankenordnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, insbesondere wenn der Behelf von mir (vom/von der Anspruchsberechtigten) vor Ablauf der vorerwähnten Drei-Jahres-Frist unberechtigterweise bezogen wird, den Ersatz der Kosten für diesen Behelf der Kasse gemäß § 107 ASVG rückzuerstatten habe.

 Datum

 Unterschrift des(r) Empfängers(in)