


<h1 style="text-align: center;">ZUWEISUNG</h1> <h2 style="text-align: center;">Wahlarzt</h2> <p style="text-align: center;">Gilt nur nach Bestätigung durch den Kostenträger!</p>		NÖGKK	Erwerbstätig					
		Kostenträger						
Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer		Diagnose: Mangel an EDV System						
Patient(in)				<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 40px; text-align: center;">5352</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">27</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">09</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">1900</td> </tr> </table>	5352	27	09	1900
5352	27			09	1900			
Testperson Peter				Tag Monat Jahr				
Anschrift				Überweisung an: Dr. Christoph Reisner Orthopädie u. orthopäd. Chirurgie Schulgasse 3 2620 Neunkirchen (02635) 717 17				
2700 Wr. Neustadt Stohanzlgasse 41		wegen: WAHLARZT Installation erbeten						
Versicherte(r)		<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 40px; text-align: center;">1811</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">09</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">05</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">1950</td> </tr> </table>	1811	09	05	1950	 <p> DR. CHRISTOPH REISNER FA f. Orthopädie u. orthopäd. Chirurgie 2620 Neunkirchen Schulgasse 3 Telefon und Fax: 02635/717 17 www.wahlarzt.at </p>	
1811	09	05	1950					
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr						
Testperson Heinz		11.06.2003						
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		Die vertraglich vorgesehenen Kosten werden übernommen						
Reisner & Sinzinger, Wr. Neustadt								
Arbeitsunfähig JA								
Rezeptgebührenpflichtig JA								
Nachstehendes Feld ist von dem Facharzt/prakt. Arzt auszufüllen, der die Behandlung übernommen hat bzw. die Befundung durchführt!								
Diagnose:								
Behandlungsbeginn am		Stempel und Unterschrift des Arztes						