

<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)				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)		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>		
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr			
Testperson Heinz		11.06.2003			
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		Reisner & Sinzinger, Wr. Neustadt			
Arbeitsunfähig JA	Die vertraglich vorgesehenen				
Rezeptgebührenpflichtig JA	Kosten werden übernommen				
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			