



**Beiblatt
Quartal**
./..

GKK für	BKK der	VA des österr. Bergbaues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r			Tag	Monat	Jahr
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					

Überweisung an: Labor ADK Diagnostics GmbH, 1160 Wien

Erbeten wird / Verordnung:

Diagnose / Begründung:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

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

Vom behandelnden / befundenden Arzt oder Ärztin auszufüllen!

Diagnose:

.....

Beginn der Behandlung bzw. Befundung

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes/der Chefarztin

Arzrezentrale 80