Patho Diagnostics

Beiblatt Quartal

. / . .

GKK für	BKK der	VA des österr. Berg-baues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter-bliebene/r	9		

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Familienname(n) Vorname(n) 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)

Überweisung an: Labor ADK Diagnostics GmbH, 1160 Wien

Erbeten wird / Verordnung:

Diagnose / Begründung:

Vom behandelnden / befundenden Arzt oder Ärztin auszufüllen!
Diagnose:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

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

Beginn der Behandlung bzw. Befundung

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes/der Chefärztin

Ärztezentrale 80

Patho Diagnostics

Beiblatt Quartal

. / . .

GKK für	BKK der	VA des österr. Berg-baues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter-bliebene/r	9		

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Familienname(n) Vorname(n) 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)

Überweisung an: Labor ADK Diagnostics GmbH, 1160 Wien

Erbeten wird / Verordnung:

Diagnose / Begründung:

Vom behandelnden / befundenden Arzt oder Ärztin auszufüllen!
Diagnose:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

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

Beginn der Behandlung bzw. Befundung

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes/der Chefärztin

Ärztezentrale 80