



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
 3107 St.Pölten, Mühlweg 96
 Tel.02742 / 219 66 - 0
 Fax.02742 / 219 66 40

Polizzenummer:

Schadennummer:

Versicherungsgesellschaft:

Es wird gebeten, diese Meldung vor oder (bei akuten Fällen) unmittelbar nach Eintritt des Versicherungsfalles ausgefüllt an die Krankenversicherung zu senden, auch dann, wenn z.B. die Kosten direkt mit dem Krankenhaus verrechnet werden.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Einweisung in ein Krankenhaus | <input type="radio"/> Kur- oder Erholungsaufenthalt | <input type="radio"/> hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit |
| <input type="radio"/> ambulante Behandlung (Eingriff) | <input type="radio"/> Rehabilitation | <input type="radio"/> |

DATEN DES ERKRANKTEN

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort, Strasse, Nr.		

ANGABEN ZU VERSICHERUNGSFALL

Art der Krankheit / Diagnose			
erstmaliges Auftreten der Krankheit / Datum		erstmalige Arzthilfe wegen dieser Krankheit / Datum	
bisherige Behandlungen / Art und Zeitraum			
frühere Krankenhausaufenthalte zur Diagnose / Wo?		von	bis
frühere Kur- oder Erholungs- und Rehabilitationsaufenthalte / Wo?		von	bis
behandelnder Arzt (Hausarzt) Name, Adresse:			
Bei Meldungen von Krankenhausaufhalten			
Name des Krankenhauses:	Aufnahmetag:	Entlassungstag:	Gebührenklasse:
eventuell erforderliche Operationen		Notwendigkeit der Operation	
bei Meldungen von Kur- oder Erholungs- und Rehabilitationsaufhalten Aufenthaltsort, Name des Heimes		von	bis
andere bestehende private oder gesetzliche Krankenversicherungen Name der Versicherungsanstalt		Polizzenummer / Mitgliedsnummer	
Auszahlung an: Versicherungsnehmer und Kontoinhaber _____			<input type="radio"/> Postanweisung
<input type="radio"/> Anweisung an Bank: _____ BLZ: _____ Konto Nr. _____			

Bitte Rückseite vom Arzt ausfüllen lassen!

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Erkrankten bzw. eines Angehörigen oder Vers. Makler

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES:

DIAGNOSE: gegebenenfalls Art der Beabsichtigten Operation

ANAMNESE: (bitte das Datum des erstmaligen Auftreten der Krankheit angeben)

BISHERIGE BEHANDLUNGEN: des Patienten wegen dieser Krankheit
Datum der Erstbehandlung und Art der durchgeführten Behandlung

BEI KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN:
Begründung der Einweisung bzw. Notwendigkeit einer eventuellen Operation

BEI KUR- bzw. ERHOLUNGS- UND REHABILITATIONSaufenthalten:
nähere Angaben über die Notwendigkeit

ANDERE BESTEHENDE ERKRANKUNGEN:

Diagnose

bisherige Behandlungen

erstmalige Arzthilfe (Datum)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes