OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge

Behandlungsschein

Vom Mitglied auszufüllen

Personal-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐

Akad. Grad, Name, Amtstitel des Mitgliedes:

Geb.-Datum: | Tel.-Nr.: | Anschrift (mit Postleitzahl):

Angehöriger: | Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: | Geb.-Datum:

Unfall? (Zutreffendes ankreuzen) ☐ ja ☐ nein

Änderungen der persönlichen Daten bzw. die Anspruchsberechtigung betreffend sind separat schriftlich bekanntzugeben!

Vom behandelnden Arzt auszufüllen (bitte in Blockbuchstaben)

Behandlungszeitraum: am | von | bis

Diagnose:

Behandlungen (Bitte Behandlungsdaten Tag / Monat / Jahr anführen!)

Datum	Pos.Nr./Leistung	Zahl	Betrag	Datum	Pos.Nr./Leistung	Zahl	Betrag
Summe				Summe			

Honorar für (fach)ärztliche Leistungen insgesamt

_____ % Ausgleichsprozentsatz *)

Gesamthonorar inkl. Ausgleichsprozentsatz *)

***) Der Ausgleichsprozentsatz ist nur von Vertrags(fach)ärzten der OÖ. LKUF für Vertragsleistungen verrechenbar!**

Unterschrift des Mitgliedes	Bei Barzahlung:	Datum, Stampiglie und Unterschrift des Arztes
Die Unterschrift bestätigt die Angaben des Versicherten, die ärztliche Leistung und die Anspruchsberechtigung des Erkrankten.	Saldierungsvermerk (Unterschrift des Arztes)	

LKUF

Leonfeldner Straße 11

Postfach 200

4041 Linz

Tel. 0732/668221-0

Fax 0732/668221-89

Internet:
www.lkuf.at

E-Mail:
kundenservice@lkuf.at

Öffnungszeiten:
Mo – Do:
8.00 – 12.00 Uhr
u. 13.00 – 15.00 Uhr,
Fr 8.00 – 13.00 Uhr

DVR: 0008184