

		Kostenträger: Österreichische Gesundheitskasse (ST)	Kategnsie: erwerbstätig arbeitslos selbstständig	Dieses Formular ist 1 Monat vom Ausstellungstag an gerechnet gültig. Bei Patientenkontakt ist zusätzlich die eCard bei jeder Konsultation zu stecken.
Über-/Zuweisung				
Patient(in):		Diagnose: VD Anorexie		
Familienname(n)/Nachname(n)				
Vorname(n)				
Versicherungsnummer				
Über-/Zuweisung an:		Überweisung zur ☐ Fachärztl. Untersuchung (Behandlung) Zuweisung ☐ Röntgenbefund ☐ Laborbefund ☐ Sonstige Leistung Überweisung zur ☐ Klinisch-psychologische Diagnostik erbeten Bitte zutreffendes Feld ☐ ankreuzen und bei Zuweisungen die angeforderten Leistungen detailliert anführen.		
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung				
Datum		Unterschrift und Stempel der/des überweisenden Ärztin/Arztes		