

.....
(Titel, Vor- und Zuname(n))

.....
(Ordinationsadresse)

.....

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Ort, Datum)

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin
- Facharzt/Fachärztin für Lungenheilkunde

Österreichische Gesundheitskasse
Josef-Pongratz-Platz 1
8010 Graz

Vorsorgeuntersuchung

Ich ersuche um Bewilligung zur Durchführung und Verrechnung von Vorsorgeuntersuchungen für die Anspruchsberechtigten sämtlicher Krankenversicherungsträger in meiner oben genannten Ordination und bitte höflich um positive Erledigung ab

Mit vorzüglicher Hochachtung

.....
(Unterschrift, Stempel)

Beilage:
Teilnahmebestätigung Einführungsseminar Vorsorgeuntersuchung

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!
E-mail: nglaerzte@aekstmk.or.at Fax.: (0316) 8044-135