

# Rechnung einreichen



Bitte pro Rechnung ein Formular ausfüllen!

Beilage: Originalrechnung (Verordnung, wenn erforderlich)

KFG

## Rückvergütungsformular

Um Ihre Rechnung bearbeiten zu können, bitte folgende Punkte vollständig ausfüllen:

### 1. Sozialversicherungsnummer

der Patientin / des Patienten

NUMMER				TAG		MONAT		JAHR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Behandlungsdatum (erster Behandlungstag)

TAG		MONAT		JAHR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. Rechnungsbetrag in Euro

EURO				CENT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. Leistungsnummer (siehe Rückseite)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hiermit bestätige ich die Inanspruchnahme der auf der Rechnung angegebenen Leistung und anerkenne meine Zahlungsverpflichtung.

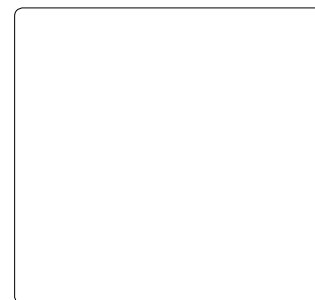
Ich stimme einer elektronischen Verarbeitung dieser Daten zu.

DATUM

UNTERSCHRIFT D. HAUPTVERSICHERTEN / VOLLJÄHRIGEN ANGEHÖRIGEN

Kranken- und Unfallfürsorge  
für öö. Gemeinden

Friedrichstraße 11, 4041 Linz



KFG intern

meine **KFG.at**

## Schritt für Schritt zur Rechnungsvergütung

Wir ersuchen Sie, das Rückvergütungsformular wie folgt auszufüllen:

### 1 Sozialversicherungsnummer

Die 10-stellige SV-Nummer der/des Patientin/en angeben – kann auch Mitversicherte(r) sein!

NUMMER	TAG	MONAT	JAHR
3 0 1 2	0 4	0 6	8 4

auch die Null anführen

### 2 Behandlungsdatum

Falls mehr als ein Behandlungsdatum am Beleg angeführt ist, tragen Sie bitte das Datum der ersten Behandlung ein.

TAG	MONAT	JAHR
2 3	0 2	1 9

auch die Null anführen

### 3 Rechnungsbetrag

Führen Sie jenen Betrag an, den Sie dem Behandler bereits bezahlt haben oder noch zahlen müssen.

EURO	CENT
1 3	6 0

rechtsbündig ausfüllen

### 4 Leistungsnummer

Auf der Rückseite des Rückvergütungsformulars finden Sie dazu die Leistungsnummern im Überblick.

1 0 1
-------

siehe Rückseite

**Unterschrift** Max Muster

Nur mit der Unterschrift des Hauptversicherten bzw. des volljährigen Angehörigen (mitversicherte/r Partner/In oder mitversicherte Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) ist eine gültige Leistungsanforderung möglich.

Beispiel



Rechnungen haben den Namen der/des Patientin/en zu enthalten.

Bitte pro Rechnung ein Rückvergütungsformular ausfüllen!

Unvollständige Formulare werden zurückgesandt.



Das Formular ist gemeinsam mit der Originalrechnung und ärztlichen Beilagen an die KFG zu senden – verwenden Sie dazu das Adressblatt auf der Rückseite.

meine **KFG.at**

# Übersicht der Leistungsnummern

## Ärzte und Fachärzte

101	Allgemeinmedizin
102	Anästhesie
103	Augenheilkunde
104	Chirurgie (Gefäß- und Viszeralchirurgie)
105	Gynäkologie (Frauenheilkunde)
106	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)
107	Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologie)
108	Innere Medizin (mit Kardiologie und Rheumatologie)
109	Kinder- und Jugendheilkunde
110	Hebammen
111	Labordiagnostik (medizinische und chemische)
112	Lungenheilkunde (Pneumologie)
113	Neurochirurgie
114	Neurologie/Psychiatrie (auch KinderPsy)
115	Nuklearmedizin
116	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
117	Physikalische Medizin

118	Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
119	Radiologie (Radioonkologie)
120	Unfallchirurgie
121	Urologie
122	Sonstige Fachärzte

## Sonstige Bereiche

130	Brillen/Kontaktlinsen
131	Heilbehelfe
132	Heilgymnastik/Physiotherapie
133	Jahrespauschale/Massagen
134	Krankenhaus
135	Kuraufenthalt/Kurmittel
136	Medikamente/Impfungen
137	Psychotherapie
138	Zahnärzte
140	Sonstiges