

(Name, Anschrift)

(Datum)

Ärztchammer für Kärnten
Wohlfahrtsfonds
St. Weiter Straße 34, 9020 Klagenfurt
wohlfahrt1@aeckt.n.at
FAX: 0463/5856-80

Antrag auf Rückerstattung der Krankenhauskosten außerhalb Kärntens

Daten der Patientin / des Patienten:

Mit Antragsteller ident oder:

Name: _____

Wohnadresse: _____

Sozialversicherungsnummer:
(Geburtsdatum)

Krankenhaus: _____

von _____ bis _____

Unfall: Ja *Fremdverschulden (→ Formular „Unfall“)*
 Nein *kein Fremdverschulden*

Akuterkrankung: Ja Nein

Bankverbindung für die Überweisung:

IBAN _____ BIC-Code _____

Geldinstitut: _____ lautend auf: _____

Beilagen:

- Originalrechnung(en)
- Einzahlungsbeleg
- Schul- bzw. Inskriptionsbestätigung
- Expertise (sofern Behandlung in Kärnten nicht durchführbar)

Unterschrift