

# Übersichtsblatt zur Krankenversicherung für ambulante Behandlungen



Polizzenummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person, Akadem.Titel, Vorname, Zuname		Geb.Datum
Telefonnummer		E-Mail
Überweisung - Bankinstitut	BIC	IBAN und Kontoinhaber

Wiener Städtische Versicherung  
 Abt.: CPV7/Ambulanter Bereich  
 Postfach 80  
 1011 Wien

Beleg Nr. Bitte auf Ihrem Beleg notieren!	Ärztliche Verordnung Ja / Nein J/N	Name des Arztes, Behandlers, Rechnungsausteller, etc.	Behandlung von/seit/am TT/MM/JJJJ	Behandlung bis / Datum TT/MM/JJJJ (kann auch entfallen)	Rechnungsbetrag EUR	Vergütung Sozialversicherung EUR (wenn voreingereicht)	Diese Spalte bitte nicht befüllen!
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							