

## ANTRAGSFORMULAR KRANKENUNTERSTÜTZUNG

Online: [www.arztnoe.at/kru-online](http://www.arztnoe.at/kru-online)  
FAQs dazu siehe [www.arztnoe.at](http://www.arztnoe.at)

Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien, gerne auch Online ( [www.arztnoe.at/kru-online](http://www.arztnoe.at/kru-online) ), per Fax (01/53751-19) oder auch per E-Mail ( [wff@arztnoe.at](mailto:wff@arztnoe.at) )

### ANTRAGSTELLER/IN:

Titel:	
Vorname:	
Nachname:	
<b>WOHNADRESSE:</b>	
Straße:	
PLZ/ORT:	
Private Telefonnummer und E-Mail:	
IBAN:	
BIC:	Sozial-Vers.Nr.:

Die Gewährung der Krankenunterstützung wird für folgenden Zeitraum beantragt:

von:	bis *):
Diagnose:	

\*) Der Antrag ist **spätestens binnen 4 Wochen ab Ende des Krankenstandes** einzubringen.

Dem Antrag ist die **Krankmeldung des behandelnden Arztes** bzw. die **Krankenhausaufenthaltsbestätigung** beizulegen.

Bei Anträgen von rein niedergelassenen Ärztinnen aufgrund **Schwangerschaft/Geburt** ist anzugeben, in welchem Zeitraum die ärztliche Tätigkeit vorübergehend eingestellt wird.

von:	bis:
------	------

Sollte die Erkrankung aufgrund **Fremdverschuldens** (z.B. Autounfall) hervorgerufen worden sein, ist dies unter Angabe der relevanten Informationen und Unterlagen bekannt zu geben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in



Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Niederösterreich  
Wipplingerstraße 2  
1010 WIEN

### ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ Sozial-Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

steht/stand wegen \_\_\_\_\_

in meiner Behandlung und ist wegen dieser Krankheit von \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich

/ einschließlich \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig.

Arbeitsfähigkeit ab \_\_\_\_\_ ist gegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stampiglie  
behandelnde(r) Arzt/Ärztin