

ANTRAGSFORMULAR KRANKENUNTERSTÜTZUNG

Online: www.arztnoe.at/kru-online
FAQs dazu siehe www.arztnoe.at

Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien, Online (www.arztnoe.at/kru-online oder auch per E-Mail
(wff@arztnoe.at)

ANTRAGSTELLER/IN:

Titel:	
Vorname:	
Nachname:	
WOHNADRESSE:	
Straße:	
PLZ/ORT:	
Persönliche Telefonnummer:	
Persönliche E-Mail-Adresse:	
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 _____



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