

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

.....
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F: 0316-8044-136
wff@aekestmk.or.at

**Antrag auf Zuerkennung der
Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt
für niedergelassene (Zahn)Ärzt:innen**

gemäß § 28a der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalt: vom bis

Ergänzende Unterlagen:

- Bewilligung des Sozialversicherungsträgers **oder** ärztliches Zeugnis über die Notwendigkeit und Dauer der Kur bzw. Rehabilitation
- Nachweis der ärztlichen Aufnahme- und Schlussuntersuchung
- Nachweis der absolvierten Therapien
- Aufenthaltsbestätigung

SV-Nr.:

			Tag			Monat				Jahr

Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN.:

.....
Unterschrift

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 12 Wochen ab Beginn des Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthaltes.