

4.

- 4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können Sachleistungen
Na osnovi ove potvrde mogu se pružati davanja u naravi
vom bis einschließlich gewährt werden.
od do zaključno

**5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja**

- 5.1 Name
Naziv
WIENER GEBIETSKRANKENKASSE
- 5.2 Adresse ⁽³⁾
Adresa **1100 WIEN, WIENERBERGSTRASSE 15–19, ÖSTERREICH
Postanschrift: 1100 WIEN, POSTFACH 6000, ÖSTERREICH**
- 5.3 Stempel
Žig
- | | | |
|--|-------|--------------|
| | Datum | Unterschrift |
| | Datum | Potpis |
| | | |

**Hinweise
Upute**

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den **Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Potvrdu izdaje **nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja** i predaje istu **dotičnoj osobi ili dostavlja podružnom uredu koji dolazi u obzir prema mjestu boravka dotične osobe**, ukoliko je potvrda izdana na njezin zahtjev.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Stavite križić u odgovarajući pravokutnik.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.
- (4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Ispuniti samo ako članovi obitelji nemaju osobno pravo na davanja u naravi.
- (5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Ispuniti samo ako se ova adresa razlikuje od adrese navedene u točki 1.

**Wichtiger Hinweis für den Anspruchsberechtigten
Važna uputa za osobu koja ima pravo na davanje**

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der **für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung** zu melden!

O početku bolovanja potvrđenog od doktora treba, poradi ostvarivanja prava na davanja, u zakonskom roku od tjedan dana obavijestiti za dotičnu osobu mjesno nadležni područni ured!