



## Meldung eines Krankenstandes

einsenden an: Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich  
Spitalgasse 31, 1090 Wien; FAX: (01) 404 14 / 249  
telefonische Rückfragen: (01) 404 14 / 222

[www.gehaltskasse.at](http://www.gehaltskasse.at)  
[office@gk.or.at](mailto:office@gk.or.at)  
DVR 0075868

Name der Apotheke		Betriebsnummer	
Apothekenanschrift			
Familien- und Vorname der (des) Erkrankten		Geburtsdatum	
krank von:	krank bis:	Arbeitsunfall?	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

### vom Arzt auszufüllen und zu bestätigen

arbeitsunfähig von:	Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:		
Spitalsaufenthalt von:	Spitalsaufenthalt bis:	Arbeitsunfall?	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
..... Ort, Datum		..... Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes	

## Anforderung eines Krankenvertreters

einsenden an: Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich  
Spitalgasse 31, 1090 Wien; FAX: (01) 404 14 / 249  
telefonische Rückfragen: (01) 404 14 / 222

[www.gehaltskasse.at](http://www.gehaltskasse.at)  
[office@gk.or.at](mailto:office@gk.or.at)  
DVR 0075868

### Ich ersuche um Vermittlung eines Krankenvertreters

Name der Apotheke		Betriebsnummer	
Apothekenanschrift			
Familien- und Vorname der (des) Erkrankten		Geburtsdatum	
voraussichtliche Dauer der Vertretung		Dienstausmaß	
Anmerkung:			
..... Ort, Datum		..... Unterschrift des Apothekenleiters und Apothekenstempel	