e-card-Ersatzbeleg

für

[X] den Krankenversicherungsträger

[ ] den Vertragsarzt

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient		
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		

Vom Krankenversicherungsträger auszufüllen:

Krankenversicherungsanspruch wird bestätigt

von _____ bis _____

Der Krankenversicherungsanspruch wird auf folgende Diagnose(n) eingeschränkt:

_____

Datum | Unterschrift und Stempel des Ausstellers

Grund für das Ausstellen eines e-card-Ersatzbeleges:
(Vom behandelnden Vertragsarzt auszufüllen)

- [ ] **Störung**
- [ ] **e-card vergessen** - Anspruch wurde geprüft; der Patient verpflichtet sich, die e-card binnen 14 Tagen nachzubringen.
- [ ] **Laut Angabe des Krankenversicherungsträgers**
- [ ] **Versicherte(r) hat noch keine e-card erhalten** - Anspruch wurde geprüft
- [ ] **Sonstiges** (bitte nachfolgend den Grund angeben)

_____

Zuständigen Krankenversicherungsträger anführen | Datum

Datum | Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Von Patientin/vom Patienten bzw. der Begleitperson zur Kenntnis zu nehmen:

Ich bin beim oben angeführten Krankenversicherungsträger versichert. Bei falschen Angaben bzw. fehlender Anspruchsberechtigung haftet die/der Unterzeichnende für die dadurch entstehenden Kosten.

Datum | Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der Begleitperson

13-ÖGK-VP4