

E-Card-Ersatzbeleg

Anspruchsbeleg im Sinne der Musterkrankenordnung (MKO)

für

den Krankenversicherungsträger

den Vertragsarzt

Familienname(n)

Vorname(n)

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