



ERKLÄRUNG



einer in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Person bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich

Bitte übermitteln Sie uns dieses Formular unverzüglich per Fax 02682-608-411145

Entnehmen Sie bitte die nachfolgend erforderlichen Daten Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. der Provisorischen Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

I. **PEB** Gültigkeitsdauer der Bescheinigung von bis

II. **1. EKVK** **2. Ausgabestaat**

III. In dieses Feld bitte die Europäische Krankenversicherungskarte platzieren !!

IV.

V.

VI. Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin:	<input type="checkbox"/> Reisepass	Nummer:
	<input type="checkbox"/> Personalausweis	
	<input type="checkbox"/> Führerschein	Ausstellungsdatum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ausstellende Behörde:		

VII. Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre, dass ich beabsichtige, mich bis zum / / in Österreich aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

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

VOM VERTRAGSARZT/VON DER VERTRAGSÄRZTIN AUSZUFÜLLEN:

VIII. a) Die Identität des Patienten/der Patientin wurde überprüft.

_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin bzw. des Verwaltungsassistenten/der Verwaltungsassistentin

b) Die auf Grund der Beschwerden des Patienten/der Patientin erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.

_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin