

# E-Card-Ersatzbeleg

Anspruchsbeleg im Sinne der Musterkrankenordnung (MKO)

für

den Krankenversicherungsträger

den Vertragsarzt

Familienname(n)      Vorname(n)      Versicherungsnummer

Patient

--	--	--	--

Versicherter (Nur ausfüllen, 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