

Patient(in)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
Teststraße 1
6900 Bregenz

Versicherte(r)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)
XX
XX

Bestätigung der/des Vertragsärztin/-arztes

- Erstkonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung
- Folgekonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung
- Behandlung als Privatpatient. Die Leistungen für das Quartal werden nicht mit dem Krankenversicherungsträger verrechnet.
- gemeldete Störung des e-card Systems; keine offline-Erfassung möglich

Datum, Stempel, VPNR und Unterschrift
des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/arztes ohne e-card - Bestätigung Patient(in)

Ich war am __. __. ____ bei Herrn/Frau Dr. Mustermann XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX zur Untersuchung bzw. Behandlung.

- Ich habe keine e-card vorgelegt, weil
- ich diese vergessen habe
 - ich noch keine erhalten habe
 - diese defekt/gesperrt ist

Datum, Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson)

Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/arztes als Privatpatient(in) - Bestätigung Patient(in)

Ich habe zur heutigen ersten Untersuchung/Behandlung im Quartal keine e-card vorgelegt, weil ich diese vergessen habe. Ich möchte dennoch eine Untersuchung/Behandlung und bin mit einer

- Behandlung als Privatpatient(in) ausdrücklich einverstanden.
- Nur vorläufigen Behandlung als Kassenpatient(in) einverstanden.

Der Arzt ermöglicht mir ausnahmsweise, die e-card bis längstens 14 Tage nach Ende des Quartals nachzureichen.

Mir ist bewusst, dass wenn ich die e-card nicht fristgerecht nachbringe und der Arzt deshalb meine Untersuchung/Behandlung nicht mit dem Krankenversicherungsträger verrechnen kann, ich als Privatpatient behandelt werde.

Ich bin damit einverstanden, dass ich für den Fall der Behandlung als Privatpatient(in) gem. lit. a oder lit. b von der/dem obigen Ärztin/Arzt für diese und für alle in diesem Quartal allenfalls noch folgenden Untersuchungen/Behandlungen eine Rechnung erhalte und hierfür vom **Krankenversicherungsträger kein Kostenersatz geleistet wird.**

Datum, Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson)