E R K L Ä R U N G

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 Post.

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.
3. Name:
4. Vorname(n):
5. Geburtsdatum: / /
6. Persönliche Kennnummer:

IV.
7. Kennnummer des Trägers:

V.
8. Kennnummer der Karte:
9. Ablaufdatum: / /

VI.

Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin:	D Reisepass D Personalausweis D Führerschein Ausstellende Behörde:	Nummer: ……..……..…….. Ausstellungsdatum: / /

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