	ÖGK		Andere Kostenträger _____						
			Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!						

Inanspruchnahme des Vertragsarztes ohne e-card (<u>positive</u> Anspruchprüfung konnte erfolgen) BESTÄTIGUNG

Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient:in

Tag Monat Jahr

Versicherte:r (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Tag Monat Jahr

_____ Datum

_____ Unterschrift und Stempel des Arztes

Inanspruchnahme des Vertragsarztes ohne e-card - Bestätigung des Patienten:

Ich wurde heute, am _____

vom Vertragsarzt / von der Vertragsärztin (siehe Arzt-Stempel) untersucht bzw. behandelt.

Ich besitze zwar eine **e-card**, habe diese aber **vergessen** (bzw. aus sonstigen Gründen nicht vorgelegt).

Es konnte auf der Grundlage meiner Personendaten **<u>eine positive</u> Anspruchprüfung** erfolgen.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten (bzw. dessen Begleitperson)