

**Salzburger
Gebietskrankenkasse**

DVR.: 0024015

GKK
für

BKK
für

Andere Kostenträger

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

**Inanspruchnahme des Vertragsarztes ohne e-card
(positive Anspruchsprüfung konnte erfolgen)
BESTÄTIGUNG**

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

Familienname(n) / Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient/in

Tag

Monat

Jahr

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 **eine positive
Anspruchsprüfung** erfolgen.

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

Tag

Monat

Jahr

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten (bzw. dessen Begleitperson)