

Anhang A zu § 15 GV

<p><b>Salzburger Gebietskrankenkasse</b></p> <p><small>DVR.: 0024015</small></p>	<p><b>GKK</b> für</p>	<p><b>BKK</b> für</p>	<p><b>Andere Kostenträger</b></p>						
<small>Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!</small>									
<p><b>Inanspruchnahme des Vertragsarztes ohne e-card (<u>positive</u> Anspruchsprüfung konnte erfolgen) BESTÄTIGUNG</b></p>				<p><b>Inanspruchnahme des Vertragsarztes ohne e-card - Bestätigung des Patienten:</b></p>					
<p>Familienname(n)</p>	<p>Vorname(n)</p>	<p>Versicherungsnummer</p>		<p>Ich wurde heute, am _____ vom Vertragsarzt / von der Vertragsärztin (siehe Arzt-Stempel) untersucht bzw. behandelt.</p>					
<p>Patient</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>			<p>Ich besitze zwar eine <b>e-card</b>, habe diese aber <b>vergessen</b> (bzw. aus sonstigen Gründen nicht vorgelegt).</p> <p>Es konnte auf der Grundlage meiner Personendaten <u>eine positive</u> <b>Anspruchsprüfung</b> erfolgen.</p>						
<p>Muster</p>									
<p>Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> <div style="width: 10%; background-color: #ccc; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>									
<p>_____</p> <p>Datum</p>		<p>_____</p> <p>Unterschrift und Stempel des Arztes</p>		<p>_____</p> <p>Datum</p>		<p>_____</p> <p>Unterschrift des Patienten (bzw. dessen Begleitperson)</p>			