

Anhang C zu § 15 GV

Salzburger Gebietskrankenkasse <small>DVR.: 0024015</small>	Behandelnder Vertragsarzt / FG	Versicherten- kategorie	<small>NUR Vorsorge- untersuchung</small> <input type="checkbox"/>	<small>Regel fall</small> <input type="checkbox"/>	<small>Dring. Beh. Vertretung Bereitschaft</small> <input type="checkbox"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <h2 style="margin: 0;">e-card Ersatzbeleg</h2> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> Gültig für das Quartal </div> </div>		Grund für das Ausstellen eines e-card-Ersatzbeleges:			
<small>Familienname(n)</small> _____ <small>Vorname(n)</small> _____ <small>Versicherungsnummer</small> _____ <small>Patient</small>	<input type="checkbox"/> Anspruchsberechtigung nicht am e-cardServer gespeichert aber Anspruch vorhanden (z.B. Neuanmeldung, Neugeborene, Verlängerung Angehörigeneigenschaft,...) <input type="checkbox"/> e-card gesperrt wegen Verlust, Diebstahl, Defekt <input type="checkbox"/> Grundversorgte Fremde in diesen Fällen besteht voller Anspruch auf die notwendigen Sachleistungen ab dem _____ (bis zum _____)				
<small>Anschrift</small>	<input type="checkbox"/> VU-Arzt ohne e-card-Ausstattung Leistung: <input type="checkbox"/> Nichtversicherte VU, MKP in diesen Fällen dürfen nur die VU bzw. MKP-Leistungen auf Rechnung der Kasse erbracht werden				
<small>Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)</small>	<input type="checkbox"/> Zwischenstaatliche Abkommen (ohne EKVK bzw. ohne provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)) Gültigkeitsdauer: von _____ bis _____ es dürfen (vorbehaltlich generell erforderlicher Bewilligungen für bestimmte Leistungen) nur jene Sachleistungen auf Rechnung der Kasse erbracht werden, die vor der Rückkehr des Patienten in sein Heimatland aus medizinischer Sicht erbracht werden müssen.				
Ich war am _____ bei Frau / Herrn Dr. _____ zur Untersuchung bzw. Behandlung. _____ <small>Datum</small> <small>Unterschrift des Patienten bzw. der Begleitperson</small>		<input type="checkbox"/> Dauerbetreuung und Anspruch auf folgende Leistungen: _____ _____ <small>Datum</small> <small>Unterschrift und Stempel des Arztes</small>			
_____ <small>Datum</small> <small>Unterschrift, DVR-Nr. und Stempel der Kasse</small>					

Muster