

Antrag auf Wechsel der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes, der behandelnden Vertragszahnärztin/des behandelnden Vertragszahnarztes im laufenden Quartal

Sehr geehrte Versicherte! Sehr geehrter Versicherter!

Pro Fachrichtung und Kalendervierteljahr (Quartal) kann als Kassenleistung nur eine Behandlerin bzw. ein Behandler in Anspruch genommen werden (Ausnahmen sind z.B. Erste-Hilfe-Fälle, Vertretungsfälle, Wechsel Ihrer Wohnsitzgemeinde). Möchten Sie Ihre Behandlerin/Ihren Behandler während des laufenden Kalendervierteljahres (Quartals) wechseln, so ist dies ausschließlich in Ausnahmefällen mit Zustimmung der SGKK möglich.

Beantragen Sie einen beabsichtigten Wechsel bitte mit Hilfe des vorliegenden Formulars bei der SGKK. Wir bemühen uns, Ihren Antrag so rasch als möglich zu erledigen. Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn dieser **vor einem beabsichtigten Wechsel** vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Bitte beachten Sie, dass die Angabe des für den Wechsel ausschlaggebenden Grundes zwingend erforderlich ist. Wir informieren Sie so rasch als möglich über unsere Zustimmung bzw. Ablehnung.

Herzlichen Dank
Ihre Salzburger Gebietskrankenkasse

Nutzen Sie unsere kostenlosen Online-Services: www.sgkk.at!
z.B.: Versicherungsnachweis einfach online anfordern!

Patient/in: Vers.-Nr.: Geb. Datum:

Versicherte/r: Vers.-Nr. Geb. Datum:

Adresse:

PLZ/ Ort:

Telefonnummer für Rückfragen (tagsüber):

Ich habe die Probleme mit meiner derzeitigen Behandlerin/meinem derzeitigen Behandler besprochen: Ja Nein

Behandlerin/ Behandler:

Adresse:

PLZ/ Ort:

Aus nachfolgendem Grund kann mit einem Wechsel der Behandlerin/des Behandlers nicht bis zum Ende des laufenden Quartals zugewartet werden:

(Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass es sich die SGKK aus Gründen der Qualitätssicherung in diesem Zusammenhang vorbehält, die Behandlerin/den Behandler zur Stellungnahme zu dem von Ihnen angegebenen Grund aufzufordern.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass unwahre Angaben strafbar sind.

Ort, Datum: **Unterschrift der/desVersicherten**



Kasseninterne Vermerke

Antrag wurde genehmigt
 Ja
 Nein

Antragstellerin/Antragsteller wurde verständigt
 Telefonisch
 Per Mail
 Sonstiges (z.B. Brief, Fax):