

Stammdaten laut EHIC

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Adresse:

Persönliche Kartenummer:

Kennnummer des Trägers:

Kennnummer der Karte:

Ablaufdatum der Karte:

Erklärung des Patienten:

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angeführten Daten und dass ich Eigentümer der Europäischen Krankenversicherungskarte bin. Ich beabsichtige, mich bis zum dd/mm/jjjj in Österreich aufzuhalten.

Ich erkläre, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten
bzw. der Begleitperson:

Vom Leistungserbringer auszufüllen:

1. Die Identität des Patienten/der Patientin wurde überprüft.
2. Die aufgrund der Beschwerden des Patienten/der Patientin erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift
des Leistungserbringers

Anlage:

Kopie amtliches Reisedokument

Kopie EHIC

einer in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Person bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich

Bitte übermitteln Sie dieses Formular sowie eine Kopie des Identitätsnachweises binnen 3 Werktagen an die SGKK, Abt. 08 – Zwischenstaatliches per Post oder Fax: 0662/8889-8113 (Rückfragen unter Tel. 0662/8889-8110, E-Mail: zwischenstaatliches@sgkk.at)

In dieses Feld bitte eine lesbare Kopie der EKVK platzieren!

Sollte anstatt der EKVK der Provisorische Ersatzbeleg (PEB) vorgelegt werden, bitte diesen in Kopie beilegen.

Eine Kopie des **Identitätsnachweises** ist entweder hier oder gesondert in der Anlage zu übermitteln.

I. VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN:

Ich bestätige, dass ich Eigentümer der Europäischen Krankenversicherungskarte bin und beabsichtige, mich bis zum ____ / ____ / ____ in Österreich aufzuhalten. Ich erkläre, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist bin.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. der Begleitperson

II. VOM LEISTUNGSERBRINGER AUSZUFÜLLEN:

1. Die Identität des Patienten/der Patientin wurde überprüft.
2. Die aufgrund der Beschwerden des Patienten/der Patientin erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.

Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers



ERKLÄRUNG

einer in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Person bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich



Entnehmen Sie bitte die nachfolgend erforderlichen Daten Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. der Provisorischen Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

I. **PEB** Gültigkeitsdauer der Bescheinigung von bis

II. 1. EKVK 2. Ausgabestaat

III. 3. Name:
4. Vorname(n):
5. Geburtsdatum: / /
6. Persönliche Kennnummer:

IV. 7. Kennnummer des Trägers:

V. 8. Kennnummer der Karte:
9. Ablaufdatum: / /

VI. Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin: Reisepass Personalausweis Führerschein Nummer: Ausstellungsdatum: / /
Ausstellende Behörde:

VII. Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre, dass ich beabsichtige, mich bis zum / / in Österreich aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.
Datum Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der Begleitperson

VOM VERTRAGSARZT/VON DER VERTRAGSÄRZTIN AUSZUFÜLLEN:

VIII. a) Die Identität des Patienten/der Patientin wurde überprüft.
Datum Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin bzw. des Verwaltungsassistenten/der Verwaltungsassistentin
b) Die auf Grund der Beschwerden des Patienten/der Patientin erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.
Datum Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin