



ERKLÄRUNG

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



Entnehmen Sie bitte die nachfolgend erforderlichen Daten Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. der Anspruchsbescheinigung

I. Anspruchsbescheinigung E - gültig von bis
(für UK gilt Reisepass)

II. Bezeichnung der Karte Ausgabemitgliedstaat
1. E - 2.

III. Angaben zum Karteninhaber

3. Name(n):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4. Vorname(n):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Geburtsdatum:	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

IV. Angaben zum zuständigen Träger

7. Bezeichnung des Trägers:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
8. Kennnummer des Trägers:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

V. Angaben zur Karte

9. Kennnummer der Karte:	<input style="width: 70%;" type="text"/>
10. Ablaufdatum:	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>

VI. Identitätsnachweis des Patienten:	Reisepass Personalausweis Führerschein	Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Ausstellungsdatum <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
	Ausstellende Behörde: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

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 bzw. der Begleitperson

VOM LEISTUNGSERBRINGER AUSZUFÜLLEN:

VIII. a) Die Identität des/der Patienten/Patientin wurde überprüft.
b) Die auf Grund der Patientenbeschwerden erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.

Datum

 Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers