

Vorarlberger Gebietskrankenkasse <small>DVR.: 0023973</small>	GKK für	BKK für	Andere Kostenträger			
<small>Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!</small>						
Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/-arztes ohne e-card (Patientenerklärung)			Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/arztes ohne e-card - Bestätigung Patient(in):			
Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer				
Patient	<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> Jahr	Ich wurde heute, am _____ von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt (siehe Arzt-Stempel) untersucht/behandelt.		
Muster				Ich habe keine e-card vorgelegt, weil <input type="checkbox"/> ich diese vergessen habe <input type="checkbox"/> ich noch keine erhalten habe <input type="checkbox"/> diese defekt/gesperrt ist		
Versicherte(r) (nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein Angehörige(r) !			<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> Jahr	Datum _____
Bestätigung der/des Vertragsärztin/-arztes: <input type="checkbox"/> Erstkonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung <input type="checkbox"/> Folgekonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung <input type="checkbox"/> Behandlung als Privatpatient. Die Leistungen für das Quartal werden nicht mit der Gebietskrankenkasse verrechnet. <input type="checkbox"/> gemeldete Störung des e-card Systems; keine offline-Erfassung möglich			Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/-arztes als Privatpatient(in) Ich habe zur heutigen ersten Untersuchung/Behandlung im Quartal keine e-card vorgelegt, weil ich diese vergessen habe. Ich möchte dennoch eine Untersuchung/Behandlung und bin mit einer <input type="checkbox"/> a) Behandlung als Privatpatient(in) ausdrücklich einverstanden. <input type="checkbox"/> b) nur vorläufigen Behandlung als Kassenpatient(in) einverstanden (der Arzt ermöglicht mir ausnahmsweise, die e-card bis spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals nachzureichen). Mir ist bewusst, dass wenn ich die e-card nicht fristgerecht nachbringe und der Arzt deshalb meine Untersuchung/Behandlung nicht mit der Gebietskrankenkasse verrechnen kann, ich als Privatpatient behandelt werde. Ich bin damit einverstanden, dass ich für den Fall der Behandlung als Privatpatient(in) gem. lit. a oder lit. b von der/dem nebenstehenden Ärztin/Arzt für diese und für alle in diesem Quartal allenfalls noch folgenden Untersuchungen/Behandlungen eine Rechnung erhalte und hierfür von der Gebietskrankenkasse kein Kostenersatz geleistet wird.			
Datum _____			Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson) _____			
Datum _____			Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____			
			Datum _____			
			Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson) _____			