

# Vorarlberger Gebietskrankenkasse

DVR.: 0023973

GKK  
fürBKK  
für

Andere Kostenträger

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

## Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/-arztes ohne e-card (Patientenerklärung)

Nachname Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient

Tag Monat Jahr

Versicherte(r) (nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein Angehörige(r) ist)

Tag Monat Jahr

### Bestätigung der/des Vertragsärztin/-arztes:

- Erstkonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung
- Folgekonsultation im Quartal mit positiver Anspruchsprüfung
- Behandlung als Privatpatient. Die Leistungen für das Quartal werden nicht mit der Gebietskrankenkasse verrechnet.
- gemeldete Störung des e-card Systems; keine offline-Erfassung möglich

Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/-arztes ohne e-card - Bestätigung Patient(in):

Ich wurde heute, am \_\_\_\_\_  
von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt (siehe Arzt-Stempel)  
untersucht/behandelt.

- Ich habe keine e-card vorgelegt, weil
- ich diese vergessen habe
  - ich noch keine erhalten habe
  - diese defekt/gesperrt ist

Datum

Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson)

## 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

- a) Behandlung als Privatpatient(in) ausdrücklich einverstanden.
- 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)