



# ERKLÄRUNG

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



Steiermärkische Gebietskrankenkasse, A-8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, <http://www.stgkk.at>  
Abteilung Leistung - Ausland/Betreuung, Tel.: (0316) 8035 3002, Fax.: (0316) 8035 66 3002,  
Mail: [schalter-ausland@stgkk.at](mailto:schalter-ausland@stgkk.at)

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  
Ausstellende Behörde:   
Nummer:   
Ausstellungsdatum:  /  /

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