



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

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:
Ausstellungsdatum: / /
Nummer:

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