

**Bestätigung des Patienten,
welcher ohne e-card den Vertragsarzt in Anspruch nimmt**

Name: _____
Vers.Nr.: _____
Geb.Dat.: _____

Ich bin bei der (Krankenkasse)
krankenversichert und habe am (Behandlungsdatum)

Frau/Herrn Dr.

(Stempel des Arztes)

als Kassenvertragsärztin/Kassenvertragsarzt beansprucht.

Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der Begleitperson

Durch die Inanspruchnahme des Arztes ohne e-card ist der Arzt berechtigt, einen Erlag von Euro 50,-- zu verlangen. Wird die e-card innerhalb von zwei Wochen nicht nachgebracht, ist Ihr Arzt berechtigt, eine Privathonorarnote auszustellen. Die erbrachte Leistung wird ausdrücklich als Privatleistung anerkannt.

Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der Begleitperson