

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

VOR- und ZUNAME DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

Ich bin bei der ..... (Krankenkasse)

..... (SV-Nummer, Geb.Datum)

krankenversichert und habe am .....

Frau / Herrn

Stempel des Arztes

als Kassenvertragsärztin / Kassenvertragsarzt beansprucht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der Begleitperson



-----

Durch die Inanspruchnahme des Arztes ohne e-card ist der Arzt berechtigt, einen Erlag von Euro 40,- 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.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der Begleitperson