



# ERKLÄRUNG

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



Bitte übermitteln Sie uns dieses Formular **unverzüglich** per Post oder Fax (05/7807-103862)

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 **D E**

III. 3. Name: **M U S T E R M A N N**  
4. Vorname(n): **J u l i a n e**  
5. Geburtsdatum: **1 4 / 0 7 / 1 9 8 4**  
6. Persönliche Kennnummer: **A 1 2 3 4 5 6 7 8 0**

IV. 7. Kennnummer des Trägers: **1 0 1 5 7 5 5 1 9 - T K**

V. 8. Kennnummer der Karte: **8 0 2 7 6 0 0 1 0 4 2 0 0 0 4 3 6 7 2 2**  
9. Ablaufdatum: **3 1 / 0 8 / 2 0 2 1**

VI. Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin: ☐ Reisepass ☐ Personalausweis ☐ Führerschein Nummer: ..... Ausstellungsdatum:  **/ /**  
Ausstellende Behörde:

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