Formular drucken

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Krankenversicherungskarte ☐

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte ☐

Durchreise ☐

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland

Straße, Hausnummer

Herkunftsland (Länderkennzeichen)

PLZ

Ort

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

4 Vorname

5 Geburtsdatum T T M M J J

6 Persönliche Kennnummer

7 Kennnummer des ausländischen Trägers –

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum T T M M J J

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung vom T T M M J J bis T T M M J J

Ausgabedatum der Bescheinigung T T M M J J

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis ☐ Reisepass ☐

Nummer des Ausweises/des Passes

Datum T T M M J J

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 80a (4.2011)

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Krankenversicherungskarte ☐

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte ☐

Durchreise ☐

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland

Straße, Hausnummer

Herkunftsland (Länderkennzeichen)

PLZ

Ort

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

4 Vorname

5 Geburtsdatum T T M M J J

6 Persönliche Kennnummer

7 Kennnummer des ausländischen Trägers

–

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum T T M M J J

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung vom T T M M J J bis T T M M J J

Ausgabedatum der Bescheinigung T T M M J J

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis ☐ Reisepass ☐

Nummer des Ausweises/des Passes

Datum T T M M J J

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes