

Patient(in)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
Teststraße 1
6900 Bregenz

Versicherte(r)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)
XX
XX

Bestätigung der/des Untersuchten bzw. Erziehungsberechtigten

Ich erkläre, dass meine Angaben zutreffend sind. Ich hafte für die Richtigkeit.

Datum, Unterschrift der/des Untersuchten bzw. Erziehungsberechtigten
(Unterschrift UNBEDINGT ERFORDERLICH)

Verrechnung Quartal Q / JJJJ

Untersuchungsdatum	Untersuchungsart, z.B. M10, K10

Datum, Stempel, VPNR und Unterschrift
des/der behandelnden Arztes/Ärztin