Bulgarisch

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

на лице, осигурено в страна от ЕС респ. от ЕИП или в Швейцария, което представя **Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК)** или **Удостоверение за временно заместване (УВЗ)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum
Възнамерявам да пребивавам в Германия до ☐☐☐☐☐☐☐☐ in Deutschland aufzuhalten.

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса

Name, Vorname des Patienten
Фамилия, име на пациента

Geschlecht
Пол
☐ weiblich / женски ☐ männlich / мъжки

Anschrift im Heimatstaat
Адрес в държавата по произход

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**
Временен адрес на пребиваване в Германия

oder / или ☐ **Durchreise**
транзитно преминаване

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

Identität nachgewiesen durch
Установена самоличност чрез
☐ Reisepass / паспорт ☐ Personalausweis / лична карта
Nr. / № _____

☐ **Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**
Потвърждавам верността на дадените от мен данни

Datum / Дата ☐☐☐☐☐☐☐☐

Unterschrift des Patienten
Подпис на пациента

Hinweis an den Arzt
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(10.2017)