

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

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

on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 Selected assisting German health insurance fund

Name, Vorname des Patienten
 Surname and forename of the patient

Geschlecht
 Sex

weiblich female männlich male

Anschrift im Heimatstaat
 Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 Temporary address in Germany

oder Durchreise
 or Passing through

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Identität nachgewiesen durch
 Identity documented by

Reisepass
 Passport

Personalausweis
 ID card

Nr.
 No. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
 Patient's signature

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