

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

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

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ ή στην Ελβετία, ο οποίος / η οποία υποβάλλει ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Επιλεγθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Επώνυμο, όνομα του ασθενή**

**Geschlecht**  
**Φύλλο**

weiblich  
θήλυ

männlich  
άρρεν

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης**

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Land / Χώρα

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία**

oder  
ή

**Durchreise**  
**Διέλευση από τη χώρα**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.)

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

**Identität nachgewiesen durch**  
**Απόδειξη ταυτότητας μέσω**

Reisepass  
διαβατηρίου

Personalausweis  
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.  
Αρ.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά**

Datum / Ημερομηνία

Unterschrift des Patienten  
Υπογραφή του ασθενή

## Hinweis an den Arzt

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