

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

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

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP nebo ve Švýcarsku a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name, Vorname des Patienten
Příjmení, jméno pacienta

Geschlecht
pohlaví

weiblich
žena

männlich
muž

Anschrift im Heimatstaat
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Land / stát

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Přechodná adresa v Německu

oder
nebo

Durchreise
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Identität nachgewiesen durch
totožnost doložena

Reisepass
cestovním pasem

Personalausweis
občanským průkazem

Nr.
č.:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Datum / Datum

Unterschrift des Patienten
Podpis pacienta

Hinweis an den Arzt

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