

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
or

Durchreise
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.