

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Patienterklæring Europæisk Sygesikring

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land, i Schweiz eller i Det Forenede Kongerige, og som forelægger et europæisk sygesikringskort (EHIC), et Global Health Insurance Card (GHIC) eller et provisorisk erstatningsbevis (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Udfyldes fuldstændigt og let læseligt.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Jeg agter at opholde mig i Tyskland frem til den

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Jeg bekræfter, at jeg ikke er rejst til Tyskland med det formål at komme i behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
valgte tyske sygesikring

Name, Vorname der Patientin / des Patienten  
Patientens efternavn og fornavn

Geburtsdatum  
Fødselsdato

Anschrift im Heimatstaat  
adresse i hjemlandet

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Land / land

Geschlecht / køn

weiblich  
kvinde

männlich  
mand

divers  
nonbinær

unbestimmt  
ubestemt

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
midlertidig opholdsadresse i Tyskland

oder  
eller

Durchreise  
på gennemrejse

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

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Tel.-Nr./E-Mail / tlf.-nr., e-mail

Reisepass  
pas

Personalausweis  
legitimationskort

Nr.  
No.

Datum / dato

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Jeg bekræfter rigtigheden af mine oplysninger

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
patientens underskrift

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen  
Ausweisdokuments geprüft.

**Hinweis an die Praxis:** Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift