

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

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.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, in Switzerland or in the United Kingdom submitting a European Health Insurance Card (EHIC), a Global Health Insurance Card (GHIC) 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 der Patientin / des Patienten Surname and forename of the patient

Geburtsdatum Date of birth

Anschrift im Heimatstaat Address in home country

Geschlecht / Sex

Straße, Hausnummer / Street, house no.

[] weiblich female

PLZ, Ort / Postcode, city

[] männlich male

Land / Country

[] divers other

[] unbestimmt unspecified

[] 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

[] Reisepass Passport

[] Personalausweis ID card

Nr. No. []

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

Datum / Date []

Unterschrift der Patientin / des Patienten Patient's signature

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 []

[]

Gut lesbar die Vorder- u. Rückseite der EHIC, GHIC bzw. PEB jeweils zweimal kopieren. Die Zweitkopie der EHIC, GHIC bzw. PEB müssen bei der Abrechnung mit den Abrechnungsunterlagen bei der KVT eingereicht werden.