

**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

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Geschlecht / Sex

weiblich
female

männlich
male

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.

Datum / Date

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

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.