

# 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.

Geschlecht / Sex

weiblich  
female

männlich  
male

divers  
other

unbestimmt  
unspecified

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

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

Arztstempel / ärztliche Unterschrift