

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Euroopa ravikindlustus Patsiendi kinnitus

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.

Kinnitaja on teises ELi või EMP riigis, Šveitsis või Ühendkuningriigis kindlustatud isik, kes esitab Euroopa ravikindlustuskaardi (EHIC), ülemaailmse ravikindlustuskaardi (GHIC) või ajutise asendussertifikaadi (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Palun täitke täielikult ja loetavalt.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Kavatsen jääda Saksamaale kuni

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Kinnitan, et ma ei reisinud Saksamaale ravi eesmärgil.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Valitud abistav Saksa haigekassa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten  
Patsiendi perekonnanimi ja eesnimi

Geburtsdatum  
Sünnikuupäev

Anschrift im Heimatstaat  
Aadress koduriigis

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

Land / Riik

Geschlecht / Sugu

weiblich  
naine

männlich  
mees

divers  
muu

unbestimmt  
määratlemata

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Ajutine viibimisaadress Saksamaal

oder  
või

Durchreise  
läbisõidul

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotell, perekond vm)

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon/e-post

Reisepass  
Pass

Personalausweis  
Isikutunnistus

Nr.  
Nr

Datum / Kuupäev

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Kinnitan, et mu esitatud andmed on õiged.

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Patsiendi allkiri

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