

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Eurooppalaisen sairausvakuutuksen potilasilmoitus

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.

jonka antaa muussa EU:n tai ETA:n jäsenvaltiossa, Sveitsissä tai Yhdistyneessä kuningaskunnassa vakuutettu henkilö, joka esittää Eurooppalaisen sairausvakuutuskortin (EHIC), Maailmanlaajuisen sairaanhoitokortin (GHIC) tai Väliaikaisen korvaustodistuksen (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Täytetään kokonaan ja painokirjaimin.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Aion viipyä Saksassa  saakka.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Vahvistan, että en ole matkustanut Saksaan hoidon saamista varten.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Valittu avustava saksalainen sairausvakuutusyhtiö

Name, Vorname der Patientin / des Patienten  
Potilaan sukunimi ja etunimi

Geburtsdatum  
Syntymäpäivä

Anschrift im Heimatstaat  
Osoite kotimaassa

Straße, Hausnummer / Katu, talon nro

PLZ, Ort / Postinumero, kaupunki

Land / Valtio

Geschlecht / Sukupuoli

weiblich  
nainen

männlich  
mies

divers  
muu

unbestimmt  
ei eritelty

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Väliaikainen osoite Saksassa

oder  
tai

Durchreise  
läpikulkumatkalla

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotelli, perhe, jne.)

Straße, Hausnummer / Katu, talon nro

PLZ, Ort / Postinumero, kaupunki

Tel.-Nr./E-Mail / Puh. nro/s-posti

Reisepass  
Passi

Personalausweis  
Henkilökortti

Nr.  
nro

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Vahvistan antamieni tietojen oikeellisuuden

Datum / Päiväys

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Potilaan allekirjoitus

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