

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

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.

ασφαλισμένου/ασφαλισμένης σε άλλη χώρα της ΕΕ ή του ΕΟΧ, στην Ελβετία ή στο Ηνωμένο Βασίλειο, προσκομίζοντας Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), Παγκόσμια Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (GHIC) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Επιλεγθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας

Name, Vorname der Patientin / des Patienten  
Επώνυμο, όνομα του/της ασθενούς

Geburtsdatum  
Ημερομηνία γέννησης

Anschrift im Heimatstaat  
Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Land / Χώρα

Geschlecht / Φύλλο

weiblich  
θήλυ

männlich  
άρρεν

divers  
διάφορο

unbestimmt  
ακαθόριστο

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία

oder  
ή

Durchreise  
Διέλευση από τη χώρα

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.)

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

Reisepass  
διαβατηρίου

Personalausweis  
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.  
Αρ..

Datum / Ημερομηνία

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Υπογραφή της ασθενούς / του ασθενούς

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