

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patient's Declaration European Health Insurance

Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden!

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Text input field for selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes

Text input field for treating physician's name

Name, Vorname des Patienten

Text input field for patient's name

Geschlecht Sex

Female selection box

Male selection box

Anschrift im Heimatstaat

Address input fields: Street, PLZ, Ort, Land

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland

oder or

Durchreise Passing through

Temporary address input fields: c/o, Street, PLZ, Tel

Identität nachgewiesen durch

Passport selection box

ID card selection box

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes für die Zuordnung auftragen!

Number input field for passport or ID card

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Date input field

Patient signature box

Gut lesbar die Vorder- und Rückseite der EHIC bzw. die PEB jeweils zweimal kopieren.

Hinweis an den Arzt: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Die Zweitkopie der EHIC bzw. der PEB (mit Datum, Stempel und Unterschrift) und Kopie der Patientenerklärung (mit Datum, Stempel und Unterschrift) müssen bei der Abrechnung mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV Thüringen eingereicht werden.