

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
della persona assicurata in un altro paese UE o un paese aderente allo Spazio Economico Europeo o in Svizzera, che presenta la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o il Certificato Sostitutivo Provvisorio.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Si prega di compilare il modul interamente e in modo leggibile.

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
Ho l'intenzione di rimanere in Germania fino al

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Confermo di non essere venuta/o in Germania per farmi curare.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Cassa malattia tedesca di appoggio scelta dal/dalla paziente**

\_\_\_\_\_  
**Name des behandelnden Arztes**  
**Nome del medico curante**

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname des Patienten**  
**Cognome e nome del/della paziente**

**Geschlecht**  
**Sesso**  
 weiblich  
femminile  männlich  
maschile

\_\_\_\_\_  
**Anschrift im Heimatstaat**  
**Indirizzo nel paese di residenza**  
Straße, Hausnummer / Via, numero civico

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort / Codice postale, luogo

\_\_\_\_\_  
Land / Stato

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Indirizzo durante il temporaneo soggiorno in Germania** oder  **Durchreise**  
**in transitu**  
c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (albergo/famiglia ecc.)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer / Via, numero civico

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort / Codice postale, luogo

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./E-Mail / Telefono/e-mail

**Identität nachgewiesen durch**  
**Identità provata presentando**  Reisepass  
il passaporto  Personalausweis  
la carta d'identità  
Nr.  
numero \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Confermo l'esattezza dei dati

Datum / Data

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
Firma del/della paziente

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