

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

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

osoba, osigurana u EU, odnosno u inozemstvu na prostoru Europskog gospodarstva ili u Švicarskoj, koja prilaže Europsku karticu zdravstvenog osiguranja (EHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak za zdravstveno osiguranje (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. *Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima.*

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrđujem da nisam doputovao/la u Njemačku u svrhu liječenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć

Name des behandelnden Arztes
Ime liječnika koji liječi

Name, Vorname des Patienten
prezime, ime pacijenta

Geschlecht
spol

weiblich
žensko

männlich
muško

Anschrift im Heimatstaat
Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / *ulica, kućni broj*

PLZ, Ort / *poštanski broj, mjesto*

Land / *država*

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
privremena adresa boravka u Njemačkoj

oder
ili

Durchreise
putovanje u tranzitu

c/o (Hotel, Familie etc.) / *kod (hotel, obitelj itd.)*

Straße, Hausnummer / *ulica, kućni broj*

PLZ, Ort / *poštanski broj, mjesto*

Tel.-Nr./E-Mail / *telefonski broj/mail*

Identität nachgewiesen durch
Identitet dokazan po

Reisepass
putovnici

Personalausweis
osobnoj iskaznici

Nr.
br.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Datum / *datum*

Unterschrift des Patienten
potpis pacijenta

Hinweis an den Arzt

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