

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

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

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland en een Europese gezondheidskaart (EHIC-pas) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum          in Deutschland aufzuhalten.  
Ik ben van plan om t/m          in Duitsland te verblijven.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Bemiddelende Duitse zorgverzekering**

---

**Name des behandelnden Arztes  
Naam van de behandelend arts**

**Name, Vorname des Patienten  
Naam, voornaam van de patiënt**

**Geslecht  
Geslacht**

weiblich  
vrouwelijk

männlich  
mannelijk

**Anschrift im Heimatstaat  
Adres in land van oorsprong**

Straße, Hausnummer / *Straat, huisnummer*

PLZ, Ort / *Postcode, plaats*

Land / *Land*

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland**

oder  **Durchreise  
doorreis**

c/o (Hotel, Familie etc.) / *p.a. (hotel, familie etc.)*

Straße, Hausnummer / *Straat, huisnummer*

PLZ, Ort / *Postcode, plaats*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel.nr./e-mail*

**Identität nachgewiesen durch  
Identiteit aangetoond door**

Reisepass  
paspoort

Personalausweis  
identiteitskaart

Nr.  
*nr.*

---

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Datum / *Datum*

Unterschrift des Patienten  
*Handtekening van de patiënt*

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