

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt, **posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG lub w Szwajcarii, legitymującego się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikatem Zastępczym.**

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Wybrana niemiecka kasa chorych

Name des behandelnden Arztes
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego

Name, Vorname des Patienten
Nazwisko i imię pacjenta

Geschlecht
Płeć

weiblich
żeńska

männlich
męska

Anschrift im Heimatstaat
Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Land / Państwo

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adres pobytu czasowego w Niemczech

oder
lub

Durchreise
Przejazd tranzytem

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.)

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Tel.-Nr./E-Mail / tel./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Tożsamość potwierdzona

Reisepass
paszportem

Personalausweis
dowodem osobistym

Nr.
nr

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Datum / Data

Unterschrift des Patienten
Podpis pacjenta

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