

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Európai Egészségbiztosítási betegnyilatkozat

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
 az Európai Unióban, illetve az EGT-ben vagy Svájcban biztosított, Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC) vagy ideiglenes kártyával (IK) rendelkező személy részére

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Kijelentem, hogy nem gyógykezeletés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name des behandelnden Arztes
 A kezelőorvos neve

Name, Vorname des Patienten
 A beteg családi és utóneve

Geschlecht
 Neme

weiblich
 nő

männlich
 férfi

Anschrift im Heimatstaat
 Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder
 vagy

Durchreise
 átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

Identität nachgewiesen durch
 Személyi azonosságát igazolta

Reisepass
 útlevél

Personalausweis
 személyi igazolvány

Nr.
 szám

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Ezennel igazolom adataim valóságát

Datum / Dátum

Unterschrift des Patienten
 a beteg aláírása

Hinweis an den Arzt

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