

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

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

на лице, осигурено в страна от ЕС респ. от ЕИП или в Швейцария, което представя Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или Удостоверение за временно заместване (УВЗ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Възнамерявам да пребивавам в Германия до

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Фамилия, име на пациента**

**Geschlecht**  
**Пол**

weiblich  
ЖЕНСКИ

männlich  
МЪЖКИ

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Адрес в държавата по произход**

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Временен адрес на пребиваване в Германия**

oder  
или

**Durchreise**  
**транзитно преминаване**

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

**Identität nachgewiesen durch**  
**Установена самоличност чрез**

Reisepass  
паспорт

Personalausweis  
лична карта

Nr.  
№

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Потвърждавам верността на дадените от мен данни**

Datum / Дата

Unterschrift des Patienten  
Подпис на пациента

## Hinweis an den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Patienterklæring Europæisk Sygesikring

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

**Patienterklæring Europæisk Sygesikring** for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land eller i Schweiz, og som forelægger et **europæisk sygesikringskort (EHIC)** eller et **provisorisk erstatningsbevis (PEB)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Udfyldes fuldstændigt og let læseligt.

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
Jeg agter at opholde mig i Tyskland frem til den

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Jeg bekræfter, at jeg ikke er rejst til Tyskland med det formål at komme i behandling.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**valgte tyske sygesikring**

**Name, Vorname des Patienten**  
**patientens efternavn og fornavn**

**Geschlecht**  
**køn**

weiblich  
kvind

männlich  
mand

**Anschrift im Heimatstaat**  
**adresse i hjemlandet**

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Land / land

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**midlertidig opholdsadresse i Tyskland**

oder  
eller

**Durchreise**  
**på gennemrejse**

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

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Tel.-Nr./E-Mail / tlf.-nr., e-mail

**Identität nachgewiesen durch**  
**identitet dokumenteret med**

Reisepass  
pas

Personalausweis  
legitimationskort

Nr.  
nr.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Jeg bekræfter rigtigheden af mine oplysninger**

Datum / dato

Unterschrift des Patienten  
patientens underskrift

### Hinweis an den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung **Patient's Declaration European Health Insurance**

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

*on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).*

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum         in Deutschland aufzuhalten.  
*I intend to stay in Germany until*

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
*I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.*

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Selected assisting German health insurance fund**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Surname and forename of the patient**

**Geschlecht**  
**Sex**

weiblich  
*female*

männlich  
*male*

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Address in home country**

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

PLZ, Ort / *Postcode, city*

Land / *Country*

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Temporary address in Germany**

oder  
*or*

**Durchreise**  
**Passing through**

*c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)*

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

PLZ, Ort / *Postcode, city*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. No./e-mail*

**Identität nachgewiesen durch**  
**Identity documented by**

Reisepass  
*Passport*

Personalausweis  
*ID card*

Nr.  
*No.*

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**I confirm the accuracy of the information provided**

Datum / *Date*

Unterschrift des Patienten  
*Patient's signature*

## **Hinweis an den Arzt**

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

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

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et qui présentant une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Veuillez remplir entièrement et lisiblement.

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Caisse maladie allemande choisie comme intermédiaire**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Nom, prénom du patient**

**Geschlecht**  
**sexe**

weiblich  
féminin

männlich  
masculin

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Adresse dans le pays d'origine**

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Adresse temporaire de séjour en Allemagne**

oder  
ou

**Durchreise**  
**de passage**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.)

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Tel.-Nr./E-Mail / N° de téléphone/adresse e-mail

**Identität nachgewiesen durch**  
**Identité prouvée par**

Reisepass  
Passeport

Personalausweis  
Carte d'identité

Nr.  
N°

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Je confirme l'exactitude des renseignements fournis**

Datum / Date

Unterschrift des Patienten  
Signature du patient

## Hinweis an den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

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

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ ή στην Ελβετία, ο οποίος / η οποία υποβάλλει ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Επιλεγθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Επώνυμο, όνομα του ασθενή**

**Geschlecht**  
**Φύλλο**

weiblich  
θήλυ

männlich  
άρρεν

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης**

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Land / Χώρα

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία**

oder  
ή

**Durchreise**  
**Διέλευση από τη χώρα**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.)

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

**Identität nachgewiesen durch**  
**Απόδειξη ταυτότητας μέσω**

Reisepass  
διαβατηρίου

Personalausweis  
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.  
Αρ.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά**

Datum / Ημερομηνία

Unterschrift des Patienten  
Υπογραφή του ασθενή

## Hinweis an den Arzt

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

# 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, 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  
o  **Durchreise**  
**in transito**

*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.**

# 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, 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.

# 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, Vorname des Patienten  
Naam, voornaam van de patiënt

Geschlecht  
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  
of

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.

# 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, 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.

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

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

persoanei asigurate în UE, SEE sau în Elveția care posedă un card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS) sau un certificat provizoriu de înlocuire a CEASS

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. A se completa în întregime și în mod lizibil.

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
Intenționez să stau în Germania până la

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Confirm că nu am venit în Germania în scopul unui tratament.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Casa germană de asigurări de sănătate aleasă care acordă asistență

Name, Vorname des Patienten  
Numele și prenumele pacientului

Geschlecht  
Sex

weiblich  
feminin

männlich  
masculin

Anschrift im Heimatstaat  
Adresa în țara de origine

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

oder  
sau

Durchreise  
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familia etc.)

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon, e-mail

Identität nachgewiesen durch  
identificat prin

Reisepass  
pașaport

Personalausweis  
cartea de identitate

Nr.  
nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Confirm că datele declarate de mine sunt corecte.

Datum / dată

Unterschrift des Patienten  
Semnatura pacientului

## Hinweis an den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung **Declaración del paciente seguro médico Europeo**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.  
*de la persona asegurada en la UE, en el EEE o en Suiza, que presenta una **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)** o un **Certificado Provisional Sustitutorio (CPS)**.*

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Por favor, rellene por completo y de forma legible.

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
*Tengo intención de permanecer en Alemania hasta el*

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
*Confirmo no haber viajado a Alemania con la finalidad de recibir tratamiento.*

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Caja de salud seleccionada en Alemania**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Apellido, nombre del paciente**

**Geschlecht**  
**sexo**

weiblich  
*femenino*

männlich  
*masculino*

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Domicilio en el país de origen**

Straße, Hausnummer / *Calle, número*

PLZ, Ort / *Código postal/Localidad*

Land / *País*

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Dirección provisional de residencia en Alemania**

oder  
o

**Durchreise**  
**Tránsito**

c/o (Hotel, Familie etc.) / *c/o (hotel, familia etc.)*

Straße, Hausnummer / *Calle, número*

PLZ, Ort / *Código postal/Localidad*

Tel.-Nr./E-Mail / *No de tel./correo electrónico*

**Identität nachgewiesen durch**  
**Identidad comprobada por**

Reisepass  
*Pasaporte*

Personalausweis  
*Carnet de Identidad*

Nr.  
No

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Confirmo que los datos facilitados anteriormente son correctos**

Datum / *Fecha*

         

Unterschrift des Patienten  
*Firma del paciente*

## **Hinweis an den Arzt**

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

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

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP nebo ve Švýcarsku a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name, Vorname des Patienten  
Příjmení, jméno pacienta

Geschlecht  
pohlaví

weiblich  
žena

männlich  
muž

Anschrift im Heimatstaat  
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Land / stát

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Přechodná adresa v Německu

oder  
nebo

Durchreise  
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Identität nachgewiesen durch  
totožnost doložena

Reisepass  
cestovním pasem

Personalausweis  
občanským průkazem

Nr.  
č.:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Datum / Datum

Unterschrift des Patienten  
Podpis pacienta

## Hinweis an den Arzt

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

# 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.  
Németországgi tartózkodásom tervezett befejezése         in Deutschland aufzuhalten.

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

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

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  
útleveél

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.