

# 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 des behandelnden Arztes  
Nom du médecin traitant

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°

Datum / Date

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

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.