

# 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

Datum / Data

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

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.