

# 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 des behandelnden Arztes  
**Nome del medico curante**

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 transit**

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.