

# 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 des behandelnden Arztes  
 Medicul care acordă tratamentul

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.

Datum / dată

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

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.