

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 des behandelnden Arztes
Nombre del médico tratante

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.