

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland en een Europese gezondheidskaart (EHIC-pas) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ik ben van plan om t/m in Duitsland te verblijven.

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Bemiddelende Duitse zorgverzekering

Name des behandelnden Arztes
Naam van de behandelend arts

Name, Vorname des Patienten
Naam, voornaam van de patiënt

Geschlecht
Geslacht

☐ weiblich
vrouwelijk

☐ männlich
mannelijk

Anschrift im Heimatstaat
Adres in land van oorsprong

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

oder
of

☐ **Durchreise**
doorreis

c/o (Hotel, Familie etc.) / p.a. (hotel, familie etc.)

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.nr./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identiteit aangetoond door

☐ Reisepass
paspoort

☐ Personalausweis
identiteitskaart

Nr.
nr.

Datum / Datum

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Unterschrift des Patienten
Handtekening van de patiënt

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.