

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Európai Egészségbiztosítási betegségnyilatkozat

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

az Európai Unióban, illetve az EGT-ben vagy Svájcban biztosított, Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC) vagy ideiglenes kártyával (IK) rendelkező személy részére

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kijelentem, hogy nem gyógykezeltetés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Választott kisegítő német betegbiztosító pénztár

Name des behandelnden Arztes
A kezelőorvos neve

Name, Vorname des Patienten
A beteg családi és utóneve

Geschlecht
Neme

☐ weiblich
nő

☐ männlich
férfi

Anschrift im Heimatstaat
Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder
vagy

☐ Durchreise
átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

Identität nachgewiesen durch
Személyi azonosságát igazolta

☐ Reisepass
útleveél

☐ Personalausweis
személyi igazolvány

Nr.
szám

Datum / Dátum

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ezennel igazolom adataim valóságát

Unterschrift des Patienten
a beteg aláírása

Hinweis an den Arzt

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