

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

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

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ ή στην Ελβετία, ο οποίος / η οποία υποβάλλει ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Επιλεχθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας

Name des behandelnden Arztes
Όνομα του θεράποντος ιατρού

Name, Vorname des Patienten
Επώνυμο, όνομα του ασθενή

Geschlecht
Φύλλο

☐ weiblich
θήλυ

☐ männlich
άρρεν

Anschrift im Heimatstaat
Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Land / Χώρα

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**
Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία

oder
ή

☐ **Durchreise**
Διέλευση από τη χώρα

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.)

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Απόδειξη ταυτότητας μέσω

☐ Reisepass
διαβατηρίου

☐ Personalausweis
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.
Αρ.

☐ **Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά

Datum / Ημερομηνία

Unterschrift des Patienten
Υπογραφή του ασθενή

Hinweis an den Arzt

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