

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

на лице осигурено в страна от ЕС или ЕИП, в Швейцария или Обединеното кралство, което представя **Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** или **Удостоверение за временно заместване (УВЗ)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Възнамерявам да пребивавам в Германия до _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Потвърждавам, че влизането ми в Германия не е с цел лечение.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Фамилно име, собствено име на пациентката / на пациента

Geburtsdatum
Дата на раждане

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
Адрес в държавата по произход

Straße, Hausnummer / улица, номер

Geschlecht / Пол

<input type="checkbox"/>	weiblich женски
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	männlich мъжки
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	divers различен
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	unbestimmt неуточнен
--------------------------	-------------------------

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Временен адрес на пребиваване в Германия

oder
или

Durchreise
транзитно преминаване

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

Reisepass
паспорт

Personalausweis
лична карта

Nr.
№

Datum / Дата

Unterschrift der Patientin / des Patienten
подпись на пациентката/пациента

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Потвърждавам верността на дадените от мен данни

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patienterklæring Europæisk Sygesikring

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land, i Schweiz eller i Det Forenede Kongerige, og som forelægger et **europæisk sygesikringskort (EHIC)**, et **Global Health Insurance Card (GHIC)** eller et **provisorisk erstatningsbevis (PEB)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Udfyldes fuldstændigt og let læseligt.

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Jeg agter at opholde mig i Tyskland frem til den _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Jeg bekræfter, at jeg ikke er rejst til Tyskland med det formål at komme i behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
valgte tyske sygesikring

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patientens efternavn og fornavn

Geburtsdatum
Fødselsdato

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
adresse i hjemlandet

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Land / land

Geschlecht / køn

<input type="checkbox"/>	weiblich <i>kvinde</i>
<input type="checkbox"/>	männlich <i>mand</i>
<input type="checkbox"/>	divers <i>nonbinær</i>
<input type="checkbox"/>	unbestimmt <i>ubestemt</i>

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
midlertidig opholdsadresse i Tyskland

oder
eller

Durchreise
på gennemrejse

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

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

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

Reisepass
pas

Personalausweis
legitimationskort

Nr.
No.

Datum / dato

Unterschrift der Patientin / des Patienten
patientens underskrift

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Jeg bekræfter rigtigheden af mine oplysninger

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, in Switzerland or in the United Kingdom submitting a European Health Insurance Card (EHIC), a Global Health Insurance Card (GHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse **Selected assisting German health insurance fund**

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Surname and forename of the patient

Geburtsdatum
Date of birth

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Geschlecht / Sex

 weiblich
female

Straße, Hausnummer / Street, house no.

 männlich
male

PLZ, Ort / Postcode, city

 divers
other

Land / Country

 unbestimmt
unspecified

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany

oder
or

Durchreise
Passing through

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr.
No.

Datum / Date

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patient's signature

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Euroopa ravikindlustus Patsiendi kinnitus

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

Kinnitaja on teises ELi või EMP riigis, Šveitsis või Ühendkuningriigis kindlustatud isik, kes esitab Euroopa ravikindlustuskaardi (EHIC), ülemaailmse ravikindlustuskaardi (GHIC) või ajutise asendussertifikaadi (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Palun täitke täielikult ja loetavalt.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Kavatsen jäada Saksamaale kuni

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kinnitan, et ma ei reisinud Saksamaale ravi eesmärgil.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Valitud abistav Saksa haigekassa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patsiendi perekonnanimi ja eesnimi

Geburtsdatum
Sünnikuupäev

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat
Aadress koduriigis

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

Geschlecht / Sugu

<input type="checkbox"/> weiblich	<i>naine</i>
-----------------------------------	--------------

PLZ, Ort / Postindeks, asula

<input type="checkbox"/> männlich	<i>mees</i>
-----------------------------------	-------------

Land / Riik

<input type="checkbox"/> divers	<i>muu</i>
---------------------------------	------------

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ajutine viibimisaadress Saksamaal

oder
või

Durchreise
läbisöidul

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotell, perekond vm)

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postindeks, asula

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon/e-post

Reisepass
Pass

Personalausweis
Isikutunnistus

Nr.
Nr.

Datum / Kuupäev

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patsiendi allkiri

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Kinnitan, et mu esitatud andmed on õiged.

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Eurooppalaisen sairausvakuutuksen potilasilmoitus

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

jonka antaa muussa EU:n tai ETA:n jäsenvaltiossa, Sveitsissä tai Yhdystyneessä kuningaskunnassa vakuutettu henkilö, joka esittää Eurooppalaisen sairausvakuutuskortin (EHIC), Maailmanlaajuisen sairaanhoidokortin (GHIC) tai Väliaikaisen korvaustodistuksen (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Täytetään kokonaan ja painokirjaimin.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Aion viipyä Saksassa saakka.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Vahvistan, että en ole matkustanut Saksaan hoidon saamista varten.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Valittu avustava saksalainen sairausvakuutusyhtiö

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Potilaan sukunimi ja etunimi

Geburtsdatum
Syntymäpäivä

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat
Osoite kotimaassa

Geschlecht / **Sukupuoli**

Straße, Hausnummer / *Katu, talon nro*

weiblich
nainen

PLZ, Ort / *Postinumero, kaupunki*

männlich
mies

Land / *Valtio*

divers
muu

unbestimmt
ei eritysty

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Väliaikainen osoite Saksassa

oder
tai

Durchreise
Läpikulkumatkalla

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotelli, perhe, jne.)

Straße, Hausnummer / *Katu, talon nro*

PLZ, Ort / *Postinumero, kaupunki*

Tel.-Nr./E-Mail / *Puh. nro/s-posti*

Reisepass
Passi

Personalausweis
Henkilökortti

Nr.
nro

Datum / **Päiväys**

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Potilaan allekirjoitus

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Vahvistan antamieni tietojen oikeellisuuden

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE, en Suisse ou au Royaume-Uni qui présente une carte européenne d'assurance maladie (CEAM), une Global Health Insurance Card (GHIC) ou un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Veuillez remplir entièrement et lisiblement.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse *Caisse maladie allemande choisie comme intermédiaire*

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Nom, prénom de la patiente / du patient

Geburtsdatum
Date de naissance

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat *Adresse dans le pays d'origine*

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

Geschlecht / sexe

<input type="checkbox"/> weiblich <i>femme</i>
<input type="checkbox"/> männlich <i>homme</i>
<input type="checkbox"/> divers <i>autre</i>
<input type="checkbox"/> unbestimmt <i>indéterminé</i>

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresse temporaire de séjour en Allemagne

oder
ou

Durchreise
de passage

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.)

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Tel.-Nr./E-Mail / N° de téléphone/adresse e-mail

Reisepass
Passeport

Personalausweis
Carte d'identité

Nr.
N°

Datum / Date

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Signature du/de la patient(e)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Je confirme l'exactitude des renseignements fournis

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

ασφαλισμένου/ασφαλισμένης σε άλλη χώρα της ΕΕ ή του ΕΟΧ, στην Ελβετία ή στο Ηνωμένο Βασίλειο, προσκομίζοντας **Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ)**, **Παγκόσμια Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (GHIC)** ή **Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ)**.

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

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

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 ασθένειας

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Επώνυμο, όνομα του/της ασθενούς

Geburtsdatum
Ημερομηνία γέννησης

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Anschrift im Heimatstaat
Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

Geschlecht / Φύλλο

[]	weiblich
[]	θήλυ

[]	männlich
[]	άρρεν

[]	divers
[]	διάφορο

[]	unbestimmt
[]	ακαθόριστο

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Land / Χώρα

oder
ή

Durchreise
Διέλευση από τη χώρα

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία

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

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ. τηλ./e-mail

Reisepass
διαβατηρίου Personalausweis
αστυνομικής ταυτότητας Nr. _____ Ap. _____

Datum / Ημερομηνία

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Υπογραφή της ασθενούς / του ασθενούς

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

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

della persona assicurata in un altro paese dell'UE o del SEE, in Svizzera o nel Regno Unito, che presenta la **Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)**, la **Global Health Insurance Card (GHIC)** o il **Certificato Sostitutivo Provvisorio (CSP)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Si prega di compilare il modul interamente e in modo leggibile.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ho l'intenzione di rimanere in Germania fino al

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confermo di non essere venuta/o in Germania per farmi curare.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse **Cassa malattia tedesca di appoggio scelta dal/dalla paziente**

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Cognome, nome della/del paziente

Geburtsdatum
Data di nascita

Anschrift im Heimatstaat
Indirizzo nel paese di residenza

Straße, Hausnummer / Via, numero civico

Geschlecht / Sesso

weiblich
femminile

männlich
maschile

divers
diverso

unbestimmt
indeterminato

PLZ, Ort / Codice postale, luogo

Land / Stato

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Indirizzo durante il temporaneo soggiorno in Germania

oder
o

Durchreise
in transito

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (albergo/famiglia ecc.)

Straße, Hausnummer / Via, numero civico

PLZ, Ort / Codice postale, luogo

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

Reisepass
il passaporto

Personalausweis
la carta d'identità

Nr.
numero _____

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma della / del paziente

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confermo l'esattezza dei dati

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

osobe osigurane u drugim državama EZ, odnosno EGP, u Švicarskoj ili u Ujedinjenom Kraljevstvu, koja prilaže Karticu Europskog zdravstvenog osiguranja (EHIC), tzv. Global Health Insurance Card (GHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima.

Ich beabsichtige, mich bis zum
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrđujem da nisam doputovao/a u Njemačku u svrhu liječenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
prezime, ime pacijentkinje/pacijenta

Geburtsdatum
Datum rođenja

Anschrift im Heimatstaat
Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

Geschlecht / spol

weiblich
žensko

männlich
muško

divers
različito

unbestimmt
neopredeljen

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

oder
ili

Durchreise
propotovanje

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
privremena adresa boravka u Njemačkoj

c/o (Hotel, Familie etc.) / kod (hotel, obitelj itd.)

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Tel.-Nr./E-Mail / telefonski broj:/mail

Reisepass
putovnica

Personalausweis
osobna iskaznica

Nr.
br.

Datum / datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Potpis pacijentkinje / pacijenta

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Eiropas veselības apdrošināšanas sistēmas pacienta deklarācija

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

kuru iesniedz kādā citā ES vai EEK dalībvalstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē apdrošināta persona, kura izrāda **Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** vai **Pagaidu aizstājējsertifikātu (PAS)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Lüdzam aizpildīt pilnībā un labi salasāmi

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Es esmu paredzējis/-usi līdz uzturēties Vācijā.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ar šo es apliecinu, ka neesmu ieradies/-usies Vācijā ar mērķi saņemt ārstēšanas pakalpojumus.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Es esmu izvēlējies/-usies sekojošu Vācijas slimokasi kā palīgkasi

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Pacienta/-es vārds un uzvārds

Geburtsdatum
Dzimšanas datums

Anschrift im Heimatstaat
Adrese izceļsmes valstī

Straße, Hausnummer / Iela, mājas numurs

Geschlecht / Dzimums

weiblich
sieviešu

männlich
vīriešu

divers
cita

unbestimmt
nenoteikts

PLZ, Ort / Pasta indekss, vieta

Land / Valsts

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Pagaidu uzturēšanās vietas adrese Vācijā oder
 Durchreise
tranzītā

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (viesnīca, ģimene utt.)

Straße, Hausnummer / Iela, mājas numurs

PLZ, Ort / Pasta indekss, vieta

Tel.-Nr./E-Mail / Tel./e-pasta adrese

Reisepass
Pase

Personalausweis
ID karte

Nr.
Nr.

Datum / Datums

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Ar šo es apliecinu augstāk sniegtās informācijas pareizību

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Pacienta/-es paraksts

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Paciento deklaracija Europos sveikatos draudimas

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

*ES ar EEE užsienio šalyje, Šveicarijoje ar Jungtinėje Karalystėje apdraustas asmuo, pateikęs **Europos sveikatos draudimo kortelę (ESDK)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** arba **Laikinajį pakaitinį sertifikatą (LPK)**.*

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Pilnai ir įskaitomai užpildykite.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ketinu likti Vokietijoje iki

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Patvirtinu, kad j Vokietiją atvykau ne su tikslu gydytis.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Pasirinkta pagalbinė Vokietijos ligoniu kasa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Pacientės/paciento pavardė, vardas

Geburtsdatum
Gimimo data

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat

Adresas gimtojoje valstybėje

Straße, Hausnummer / *Gatvės pavadinimas, namo numeris*

PLZ, Ort / *Pašto kodas, vietovė*

Land / *Valstybė*

Geschlecht / *Lytis*

<input type="checkbox"/> weiblich <i>moteris</i>
<input type="checkbox"/> männlich <i>vyras</i>
<input type="checkbox"/> divers <i>trečioji lytis</i>
<input type="checkbox"/> unbestimmt <i>neapibrėžta</i>

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Laikinas adresas Vokietijoje

oder
arba

Durchreise
Vykstų tranzitu

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (viešbutis, šeima, kita)

Straße, Hausnummer / *Gatvės pavadinimas, namo numeris*

PLZ, Ort / *Pašto kodas, vietovė*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. Nr./el. paštas*

Reisepass
Pasas

Personalausweis
ATK

Nr.
Nr.

Datum / *Data*

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Pacientės / paciento parašas

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Patvirtinu, kad suteikiau teisingą informaciją

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk en een Europese gezondheidskaart (EHIC), een Global Health Insurance Card (GHIC) 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, Vorname der Patientin / des Patienten
Naam, voornaam van de patiënt

Geburtsdatum
Geboortedatum

Anschrift im Heimatstaat

Adres in land van oorsprong

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

Geschlecht / **Geslacht**

weiblich
vrouwelijk

männlich
mannelijk

divers
divers

unbestimmt
onbepaald

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

oder
of

Durchreise
doorreis

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

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

Reisepass
pasoort

Personalausweis
identiteitskaart

Nr.
nr.

Datum / **Datum**

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Handtekening van de patiënt

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

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG, Szwajcarii lub Zjednoczonym Królestwie, legitymującego się **Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** lub **Certyfikatem Zastępczym**

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny.

Ich beabsichtige, mich bis zum
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Wybrana niemiecka kasa chorych

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki

Geburtsdatum
Data urodzenia

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat

Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / *Ulica, numer domu*

Geschlecht / *Płeć*

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> żeńska
-----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> męska
-----------------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> odmienna
---------------------------------	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> nieokreślona
-------------------------------------	---------------------------------------

PLZ, Ort / *Kod pocztowy, miejscowości*

Land / *Państwo*

oder
lub

Durchreise
przejazd tranzytem

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adres pobytu czasowego w Niemczech

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.)

Straße, Hausnummer / *Ulica, numer domu*

PLZ, Ort / *Kod pocztowy, miejscowości*

Tel.-Nr./E-Mail / *tel./e-mail*

Reisepass
paszport

Personalausweis
dowód osobisty

Nr.
nr.

Datum / *Data*

Unterschrift der Patientin / des Patienten
podpis pacjentki / pacjenta

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declaração do doente Seguro Europeu de Doença

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

da pessoa segurada num país estrangeiro da UE ou do EEE, na Suíça ou no Reino Unido, que apresenta um Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), um Global Health Insurance Card (GHIC) ou um Certificado Provisório de Substituição (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Favor preencher de forma completa e legível.

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Pretendo ficar na Alemanha até

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirmo que não entrei na Alemanha para efeitos de tratamento.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caixa alemã de doença subsidiária que foi escolhida

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Apelido e nome próprio do/da doente

Geburtsdatum
Data de nascimento

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
Morada no país de origem

Straße, Hausnummer / Rua, n.º

Geschlecht / Sexo

	weiblich <i>feminino</i>
--	-----------------------------

PLZ, Ort / CP, localidade

	männlich <i>masculino</i>
--	------------------------------

Land / País

	divers <i>diverso</i>
--	--------------------------

	unbestimmt <i>indeterminado</i>
--	------------------------------------

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Morada temporária na Alemanha

oder
ou

Durchreise
Em trânsito

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, família, etc.)

Straße, Hausnummer / Rua, n.º

PLZ, Ort / CP, localidade

Tel.-Nr./E-Mail / N.º de tel./e-mail

Reisepass
Passaporte

Personalausweis
BI ou CC

Nr.
N.º

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Assinatura do/da doente

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo a exatidão das informações fornecidas

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

a persoanei asigurate în UE, SEE, în Elveția sau în Regatul Unit, care posedă un **Card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS)**, un **Global Health Insurance Card (GHIC)** 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, Vorname der Patientin / des Patienten
Numele și prenumele pacientei/pacientului

Geburtsdatum
Data nașterii

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat
Adresa în țara de origine

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

Geschlecht / Sex

<input type="checkbox"/>	weiblich <i>feminin</i>
--------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/>	männlich <i>masculin</i>
--------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	divers <i>divers</i>
--------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/>	unbestimmt <i>nedefinit</i>
--------------------------	--------------------------------

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

oder
sau

Durchreise
Tranzit

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

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

Reisepass
pașaport

Personalausweis
carte de identitate

Nr.
nr.

Datum / dată

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Semnătura pacientei / pacientului

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

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patientförlärling Europeisk Sjukförsäkring

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

för person som är försäkrad i ett annat EU- eller EES-land, i Schweiz eller i Förenade kungariket och uppvisar ett europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort), ett Global Health Insurance Card (GHIC) eller ett provisorskt intyg (PI).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Vänligen fyll i komplett och läsbart.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Jag har för avsikt att vistas i Tyskland till den

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Jag intygar att jag inte kommit till Tyskland i avsikt att undergå en behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vald assisterande tysk sjukkassa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patientens efternamn och förnamn

Geburtsdatum
Födelsedatum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat
Adress i hemlandet

Straße, Hausnummer / *Gata, husnummer*

Geschlecht / **Kön**

<input type="checkbox"/>	weiblich <i>kvinnligt</i>
--------------------------	------------------------------

PLZ, Ort / *Postnummer, ort*

<input type="checkbox"/>	männlich <i>manligt</i>
--------------------------	----------------------------

Land / *Land*

<input type="checkbox"/>	divers <i>annat</i>
--------------------------	------------------------

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tillfällig adress i Tyskland

oder
eller

<input type="checkbox"/>	Durchreise <i>Genomresa</i>
--------------------------	--------------------------------

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (*hotell, familj, osv.*)

Straße, Hausnummer / *Gata, husnummer*

PLZ, Ort / *Postnummer, ort*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tfn.nr. / e-post*

Reisepass
Pass

Personalausweis
ID-kort

Nr.
Nr.

Datum / **Datum**

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patientens namnteckning

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Jag intygar att mina uppgifter är korrekt

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prehlásenie pacienta Európske zdravotné poistenie

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

osoba poistená v inej krajine EÚ alebo EHP, vo Švajčiarsku alebo v Spojenom kráľovstve, ktorá je držiteľom **európskeho preukazu zdravotného poistenia (EHIC)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** alebo **dočasného náhradného potvrdenia**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosím, vyplňte úplne a čitateľne.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Mám v úmysle zostať v Nemecku do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Týmto potvrdzujem, že som neprišiel/neprišla do Nemecka za účelom ošetrenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná pomáhajúca nemecká zdravotná poistovňa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priezvisko a meno pacienta

Geburtsdatum
Dátum narodenia

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat

Adresa v domovskej krajine

Straße, Hausnummer / *Ulica, číslo domu*

Geschlecht / *Pohlavie*

<input type="checkbox"/>	weiblich
--------------------------	----------

žena

<input type="checkbox"/>	männlich
--------------------------	----------

muž

<input type="checkbox"/>	divers
--------------------------	--------

iné

<input type="checkbox"/>	unbestimmt
--------------------------	------------

neurčené

PLZ, Ort / *PSČ, mesto*

Land / *Krajina*

oder
alebo

Durchreise
Tranzit

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Prechodná adresa v Nemecku

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (v hoteli, u rodiny, atd.)

Straße, Hausnummer / *Ulica, číslo domu*

PLZ, Ort / *PSČ, mesto*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. č./e-mail*

Reisepass
Cestovný pas Personalausweis
Občiansky preukaz Nr. *C.* _____

Datum / *Dátum*

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Týmto potvrdzujem správnosť údajov

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacienta

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Izjava pacienta Evropsko zdravstveno zavarovanje

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

oseb, zavarovanih v drugi državi EU ali EGP, v Švici ali Združenem kraljestvu, ki predložijo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) ali začasno nadomestno potrdilo.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Izpolnite v celoti in čitljivo.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
V Nemčiji nameravam ostati do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potrujem, da v Nemčijo nisem vstopil/-a z namenom zdravljenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izbrana nemška zdravstvena zavarovalnica za pomoč

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priimek, ime pacientke/pacienta

Geburtsdatum
Datum rojstva

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anschrift im Heimatstaat
Naslov v domovini

Straße, Hausnummer / *Ulica, hišna št.*

Geschlecht / Spol

<input type="checkbox"/> weiblich	ženski
-----------------------------------	---------------

<input type="checkbox"/> männlich	moški
-----------------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> divers	drugo
---------------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> unbestimmt	nedoločen
-------------------------------------	------------------

PLZ, Ort / *Poštna št., kraj*

Land / *Država*

oder
ali

Durchreise
Tranzit

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Začasni naslov v Nemčiji

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, družina, itd.)

Straße, Hausnummer / *Ulica, hišna št.*

PLZ, Ort / *Poštna št., kraj*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. št./e-pošta*

Reisepass
Potni list

Personalausweis
Osebna izkaznica

Nr.
Št.

Datum / *Datum*

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientke/pacienta

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potrujem točnost svojih podatkov

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declaración del paciente seguro médico Europeo

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

de la persona asegurada en la UE, en países del EEE, en Suiza o en el Reino Unido que presenta una **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)**, una tarjeta **Global Health Insurance Card (GHIC)** 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, Vorname der Patientin / des Patienten
Apellidos, nombre de la paciente / del paciente

Geburtsdatum
Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
Domicilio en el país de origen

Straße, Hausnummer / *Calle, número*

Geschlecht / sexo

--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ, Ort / *Código postal/Localidad*

weiblich
femenino

Land / *País*

männlich
masculino

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*

Reisepass
Pasaporte Personalausweis
Carnet de Identidad Nr. _____

Datum / *Fecha*

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma del/de la paciente

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo que los datos facilitados anteriormente
son correctos

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

osoba, která je pojistěna v některém ze členských států EU, resp. EHP, ve Švýcarsku nebo Spojeném království a je držitelem **Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC)**, **Global Health Insurance Card (GHIC)** nebo **Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosime o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřecestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse **Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření**

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Příjmení a jméno pacientky/pacienta

Geburtsdatum
Datum narození

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

Geschlecht / pohlaví

--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ, Ort / PSČ, obec

weiblich

žena

Land / stát

männlich

muž

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Přechodná adresa v Německu

oder
nebo

Durchreise
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Reisepass
cestovní pas

Personalausweis
občanský průkaz

Nr.
č.:

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientky / pacienta

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Európai Egészségbiztosítási betegnyilatkozat

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, eine **Global Health Insurance Card (GHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

az Európai Unió, illetve az EGT más országában, Svájcban vagy az Egyesült Királyságban biztosított személy részére, aki rendelkezik **Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC)**, **Global Health Insurance Card-dal (GHIC)** vagy **ideiglenes helyettesítő igazolással**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltse 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, Vorname der Patientin / des Patienten
A beteg neve, utóneve

Geburtsdatum
Születési dátum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift im Heimatstaat
Magyarországi lakcíme

Geschlecht / **Neme**

Straße, Hausnummer / *utca, házszám*

weiblich
nő

PLZ, Ort / *postai irányítószám, település*

männlich
térfi

Land / *ország*

divers
egyéb

unbestimmt
határozatlan

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*

Reisepass
útlevél

Personalausweis
személyi igazolvány Nr.
szám _____

Datum / **Dátum**

Unterschrift der Patientin / des Patienten
a beteg aláírása

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ezzennel igazolom adataim valódiságát

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF.NR.
(1.2024)