



Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung / Patient's Declaration European Health Insurance

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

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

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

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

Hiermit bestätige ich, dass ich nicht zum Zweck der Behandlung in 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 und Vorname des Patienten / Surname and forename of the patient

weiblich/female

männlich/male

Anschrift im Heimatstaat / Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.

Postleitzahl, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland / Temporary address in Germany

Straße, Hausnummer / Street, house no.

Postleitzahl, Ort / Postcode, city

Telefonnummer, E-Mail / Phone number, e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identity documented by

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID-card

Nr.
No.

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

Datum
Date

Unterschrift des Patienten / Signature of the patient

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