

# 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 не съм влязъл в Германия с цел лечение.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса**

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

**Geburtsdatum**  
**Дата на раждане**

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Адрес в държавата по произход**

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

**Geschlecht / Пол**

☐ weiblich  
женски

☐ männlich  
мъжки

☐ divers  
различен

☐ unbestimmt  
неуточнен

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Временен адрес на пребиваване в Германия**

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

oder  
или

☐ **Durchreise**  
**транзитно преминаване**

☐ Reisepass  
паспорт

☐ Personalausweis  
лична карта

Nr.  
№

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

Datum / Дата

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
подпис на пациентката/пациента

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  
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

☐ weiblich  
kvinde

☐ männlich  
mand

☐ divers  
nonbinær

☐ unbestimmt  
ubestemt

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
midlertidig opholdsadresse i Tyskland

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

oder  
eller

☐ Durchreise  
på gennemrejse

☐ Reisepass  
pas

☐ Personalausweis  
legitimationskort

Nr.  
No.

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

Datum / dato

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
patientens underskrift

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**

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

**Geschlecht / Sex**

☐ weiblich  
female

☐ männlich  
male

☐ divers  
other

☐ unbestimmt  
unspecified

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Temporary address in Germany**

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

oder  
or

☐ **Durchreise**  
**Passing through**

☐ Reisepass  
Passport

☐ Personalausweis  
ID card

Nr.  
No.

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

**Datum / Date**

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Patient's signature

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

## 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 jääda 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

Anschrift im Heimatstaat  
Aadress koduriigis

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

Land / Riik

Geschlecht / Sugu

☐ weiblich  
naine

☐ männlich  
mees

☐ divers  
muu

☐ unbestimmt  
määratlemata

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Ajutine viibimisaadress Saksamaal

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

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

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

oder  
või

☐ Durchreise  
läbisõidul

☐ Reisepass  
Pass

☐ Personalausweis  
Isikutunnistus

Nr.  
Nr

Datum / Kuupäev

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Patsiendi allkiri

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

## 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.

joka antaa muussa EU:n tai ETA:n jäsenvaltiossa, Sveitsissä tai Yhdistyneessä kuningaskunnassa vakuutettu henkilö, joka esittää Eurooppalaisen sairausvakuutuskortin (EHIC), Maailmanlaajuisen sairaanhoitokortin (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

Anschrift im Heimatstaat  
Osoite kotimaassa

Straße, Hausnummer / Katu, talon nro

PLZ, Ort / Postinumero, kaupunki

Land / Valtio

Geschlecht / Sukupuoli

☐ weiblich  
nainen

☐ männlich  
mies

☐ divers  
muu

☐ unbestimmt  
ei eritelty

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Väliaikainen osoite Saksassa

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

oder  
tai

☐ Durchreise  
läpikulkumatkalla

☐ Reisepass  
Passi

☐ Personalausweis  
Henkilökortti

Nr.  
nro

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Vahvistan antamieni tietojen oikeellisuuden

Datum / Päiväys

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Potilaan allekirjoitus

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

Anschrift im Heimatstaat  
Adresse dans le pays d'origine

Straße, Hausnummer / Rue, N°

Geschlecht / sexe

☐ weiblich  
femme

☐ männlich  
homme

☐ divers  
autre

☐ unbestimmt  
indéterminé

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

☐ 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°

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

Datum / Date

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

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

## 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 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  
Επιλεγθέν 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

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Land / Χώρα

Geschlecht / Φύλλο

☐ weiblich  
θήλυ

☐ männlich  
άρρεν

☐ divers  
διάφορο

☐ unbestimmt  
ακαθόριστο

☐ 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

oder ☐ Durchreise  
ή Διέλευση από τη χώρα

☐ Reisepass  
διαβατηρίου

☐ Personalausweis  
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.

Αρ..

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

Datum / Ημερομηνία

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

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  
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

PLZ, Ort / Codice postale, luogo

Land / Stato

Geschlecht / Sesso

☐ weiblich  
femminile

☐ männlich  
maschile

☐ divers  
diverso

☐ unbestimmt  
indeterminato

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Indirizzo durante il temporaneo soggiorno in Germania

oder  
o

☐ Durchreise  
in transit

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

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

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Firma della / del paziente

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

## 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  in Deutschland aufzuhalten.  
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Potvrđujem da nisam doputovao/la 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

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

Geschlecht / spol

☐ weiblich  
žensko

☐ männlich  
muško

☐ divers  
različito

☐ unbestimmt  
neopredeljen

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
privremena adresa boravka u Njemačkoj

oder  
ili

☐ Durchreise  
putovanje u tranzitu

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  
putovnici

☐ Personalausweis  
osobnoj iskaznici

Nr.  
br.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Datum / datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Potpis pacijentkinje / pacijenta

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

## 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 aizstājēsertifikātu (PAS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Lūdzam 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 izvēlējis/-usies sekojošu Vācijas slimokasi kā palīgkasi

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

Geburtsdatum  
Dzimšanas datums

Anschrift im Heimatstaat  
Adrese izcelsmes valstī

Straße, Hausnummer / Iela, mājas numurs

PLZ, Ort / Pasta indekss, vieta

Land / Valsts

Geschlecht / Dzimums

☐ weiblich  
sieviešu

☐ männlich  
vīriešu

☐ divers  
cita

☐ unbestimmt  
nenoteikts

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Pagaidu uzturēšanās vietas adrese Vācijā

oder  
vai

☐ 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.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Ar šo es apliecinu augstāk sniegtās informācijas pareizību

Datum / Datums

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

# 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 Laikinąjį 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 į Vokietiją atvykau ne su tikslu gydytis.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Pasirinkta pagalbinė Vokietijos ligonių kasa

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

Geburtsdatum  
Gimimo data

Anschrift im Heimatstaat  
Adresas gimtojoje valstybėje

Straße, Hausnummer / Gatvės pavadinimas, namo numeris

PLZ, Ort / Pašto kodas, vietovė

Land / Valstybė

Geschlecht / Lytis

☐ weiblich  
moteris

☐ männlich  
vyras

☐ divers  
trečioji lytis

☐ unbestimmt  
neapibrėžta

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Laikinas adresas Vokietijoje

oder  
arba

☐ Durchreise  
Vykstu 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.

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

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Pacientės / paciento parašas

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

## 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

☐ 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

☐ Reisepass  
paspoort

☐ Personalausweis  
identiteitskaart

Nr.  
nr.

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

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Handtekening van de patiënt

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

## 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  in Deutschland aufzuhalten.  
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia

☐ 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

Anschrift im Heimatstaat  
Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

Geschlecht / Płeć

☐ weiblich  
żeńska

☐ männlich  
męska

☐ divers  
odmienna

☐ unbestimmt  
nieokreślona

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Land / Państwo

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Adres pobytu czasowego w Niemczech

oder  
lub

☐ Durchreise  
Przejazd tranzytem

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

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

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

☐ Reisepass  
paszportem

☐ Personalausweis  
dowodem osobistym

Nr.  
nr

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
podpis pacjentki / pacjenta

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

## 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  
feminino

☐ männlich  
masculino

☐ divers  
diverso

☐ unbestimmt  
indeterminado

PLZ, Ort / CP, localidade

Land / País

☐ 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

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Assinatura do/da doente

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

## Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

Rumänisch

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

Anschrift im Heimatstaat  
Adresa în țara de origine

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

Geschlecht / Sex

☐ weiblich  
feminin

☐ männlich  
masculin

☐ divers  
divers

☐ unbestimmt  
nedefinit

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

oder  
sau

☐ Durchreise  
Tranzit

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  
cartea de identitate

Nr.  
nr.

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

Datum / dată

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Semnătura pacientei / pacientului

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  
Patientförklaring 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 provisoriskt 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

Anschrift im Heimatstaat  
Adress i hemlandet

Straße, Hausnummer / Gata, husnummer

PLZ, Ort / Postnummer, ort

Land / Land

Geschlecht / Kön

☐ weiblich  
kvinnligt

☐ männlich  
manligt

☐ divers  
annat

☐ unbestimmt  
obestämt

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Tillfällig adress i Tyskland

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

oder  
eller

☐ Durchreise  
Genomresa

☐ Reisepass  
Pass

☐ Personalausweis  
ID-kort

Nr.  
Nr.

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

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Patientens namnteckning

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

## 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 ošetrovania.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Vybraná pomáhajúca nemecká zdravotná poisťovňa

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

Geburtsdatum  
Dátum narodenia

Anschrift im Heimatstaat  
Adresa v domovskej krajine

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSČ, mesto

Land / Krajina

Geschlecht / Pohlavie

☐ weiblich  
žena

☐ männlich  
muž

☐ divers  
iné

☐ unbestimmt  
neurčené

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Prechodná adresa v Nemecku

oder  
alebo

☐ Durchreise  
Tranzit

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

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSČ, mesto

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. č./e-mail

☐ Reisepass  
Cestovný pas

☐ Personalausweis  
Občiansky preukaz

Nr.  
Č.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Týmto potvrdzujem správnosť údajov

Datum / Dátum

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

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.  
Potrjujem, 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

Anschrift im Heimatstaat  
Naslov v domovini

Straße, Hausnummer / Ulica, hišna št.

PLZ, Ort / Poštna št., kraj

Land / Država

Geschlecht / Spol

☐ weiblich  
ženski

☐ männlich  
moški

☐ divers  
drugo

☐ unbestimmt  
nedoločen

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Začasni naslov v Nemčiji

oder  
ali

☐ Durchreise  
Tranzit

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.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potrjujem točnost svojih podatkov

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Podpis pacientke/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

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

PLZ, Ort / Código postal/Localidad

Land / País

Geschlecht / sexo

☐ weiblich  
femenino

☐ männlich  
masculino

☐ divers  
diverso

☐ unbestimmt  
indeterminado

☐ 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.  
No

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

Datum / Fecha

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

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

## 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 pojištěna 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. Prosíme 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 nepřicestoval/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.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Land / stát

Geschlecht / pohlaví

☐ weiblich  
žena

☐ männlich  
muž

☐ divers  
jiné

☐ unbestimmt  
neurčené

☐ 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  
cestovním  
pasem

☐ Personalausweis  
občanským průkazem

Nr.

č.:

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

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
Podpis pacientky / 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

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Európai Egészségbiztosítási betegségnyilatkozat

Ungarisch

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 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 gyógykezelés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name, Vorname der Patientin / des Patienten  
A beteg neve, utóneve

Geburtsdatum  
Születési dátum

Anschrift im Heimatstaat  
Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

Geschlecht / Neme

☐ weiblich  
nő

☐ männlich  
férfi

☐ 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

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Ezennel igazolom adataim valóságát

Datum / Dátum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
a beteg aláírása

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