

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

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

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

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

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