

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