

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

oder
või

☐ Durchreise
läbisõidul

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

☐ Reisepass
Pass

☐ Personalausweis
Isikutunnistus

Nr.
Nr

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

Datum / Kuupäev

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