

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