

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°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

Geschlecht / sexe

☐ weiblich
femme

☐ männlich
homme

☐ divers
autre

☐ unbestimmt
indéterminé

☐ 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