

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

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.

della persona assicurata in un altro paese dell'UE o del SEE, in Svizzera o nel Regno Unito, che presenta la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), la Global Health Insurance Card (GHIC) o il Certificato Sostitutivo Provvisorio (CSP).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Si prega di compilare il modul interamente e in modo leggibile.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ho l'intenzione di rimanere in Germania fino al

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confermo di non essere venuta/o in Germania per farmi curare.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Cassa malattia tedesca di appoggio scelta dal/dalla paziente

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Cognome, nome della/del paziente

Geburtsdatum
Data di nascita

Anschrift im Heimatstaat
Indirizzo nel paese di residenza

Straße, Hausnummer / Via, numero civico

PLZ, Ort / Codice postale, luogo

Land / Stato

Geschlecht / Sesso

☐ weiblich
femminile

☐ männlich
maschile

☐ divers
diverso

☐ unbestimmt
indeterminato

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Indirizzo durante il temporaneo soggiorno in Germania

oder
o

☐ Durchreise
in transit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (albergo/famiglia ecc.)

Straße, Hausnummer / Via, numero civico

PLZ, Ort / Codice postale, luogo

Tel.-Nr./E-Mail / Telefono/e-mail

☐ Reisepass
il passaporto

☐ Personalausweis
la carta d'identità

Nr.
numero

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confermo l'esattezza dei dati

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma della / del paziente

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