

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

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.

osobe osigurane u drugim državama EZ, odnosno EGP, u Švicarskoj ili u Ujedinjenom Kraljevstvu, koja prilaže Karticu Europskog zdravstvenog osiguranja (EHIC), tzv. Global Health Insurance Card (GHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrđujem da nisam doputovao/la u Njemačku u svrhu liječenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
prezime, ime pacijentkinje/pacijenta

Geburtsdatum
Datum rođenja

Anschrift im Heimatstaat
Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

Geschlecht / spol

☐ weiblich
žensko

☐ männlich
muško

☐ divers
različito

☐ unbestimmt
neopredeljen

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
privremena adresa boravka u Njemačkoj

oder
ili

☐ Durchreise
proputovanje

c/o (Hotel, Familie etc.) / kod (hotel, obitelj itd.)

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Tel.-Nr./E-Mail / telefonski broj/mail

☐ Reisepass
putovnica

☐ Personalausweis
osobna iskaznica

Nr.
br.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Datum / datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Potpis pacijentkinje / pacijenta

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