

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Paciento deklaracija Europos sveikatos draudimas

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.

ES ar EEE užsienio šalyje, Šveicarijoje ar Jungtinėje Karalystėje apdraustas asmuo, pateikęs Europos sveikatos draudimo kortelę (ESDK), Global Health Insurance Card (GHIC) arba Laikinąjį pakaitinį sertifikatą (LPK).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Pilnai ir įskaitomai užpildykite.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ketinu likti Vokietijoje iki

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Patvirtinu, kad į Vokietiją atvykau ne su tikslu gydytis.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Pasirinkta pagalbinė Vokietijos ligonių kasa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Pacientės/paciento pavardė, vardas

Geburtsdatum
Gimimo data

Anschrift im Heimatstaat
Adresas gimtojoje valstybėje

Straße, Hausnummer / Gatvės pavadinimas, namo numeris

PLZ, Ort / Pašto kodas, vietovė

Land / Valstybė

Geschlecht / Lytis

☐ weiblich
moteris

☐ männlich
vyras

☐ divers
trečioji lytis

☐ unbestimmt
neapibrėžta

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Laikinas adresas Vokietijoje

oder
arba

☐ Durchreise
Vyksu tranzitu

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (viešbutis, šeima, kita)

Straße, Hausnummer / Gatvės pavadinimas, namo numeris

PLZ, Ort / Pašto kodas, vietovė

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. Nr./el. paštas

☐ Reisepass
Pasas

☐ Personalausweis
ATK

Nr.
Nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Patvirtinu, kad suteikiau teisingą informaciją

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Pacientės / paciento parašas

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