

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

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.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk en een Europese gezondheidskaart (EHIC), een Global Health Insurance Card (GHIC) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ik ben van plan om t/m in Duitsland te verblijven.

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Bemiddelende Duitse zorgverzekering

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Naam, voornaam van de patiënt

Geburtsdatum
Geboortedatum

Anschrift im Heimatstaat
Adres in land van oorsprong

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

Geschlecht / Geslacht

☐ weiblich
vrouwelijk

☐ männlich
mannelijk

☐ divers
divers

☐ unbestimmt
onbepaald

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

oder
of

☐ Durchreise
doorreis

c/o (Hotel, Familie etc.) / p.a. (hotel, familie etc.)

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

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

☐ Reisepass
paspoort

☐ Personalausweis
identiteitskaart

Nr.
nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Handtekening van de patiënt

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