

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

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.

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG, Szwajcarii lub Zjednoczonym Królestwie, legitymującego się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), Global Health Insurance Card (GHIC) lub Certyfikatem Zastępczym

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Wybrana niemiecka kasa chorych

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki

Geburtsdatum
Data urodzenia

Anschrift im Heimatstaat
Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Land / Państwo

Geschlecht / Płeć

☐ weiblich
żeńska

☐ männlich
męska

☐ divers
odmienna

☐ unbestimmt
nieokreślona

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adres pobytu czasowego w Niemczech

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.)

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

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

oder
lub

☐ Durchreise
przejazd tranzytem

☐ Reisepass
paszport

☐ Personalausweis
dowód osobisty

Nr.
nr

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
podpis pacjentki / pacjenta

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