

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declaração do doente Seguro Europeu de Doença

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.

da pessoa segurada num país estrangeiro da UE ou do EEE, na Suíça ou no Reino Unido, que apresenta um Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), um Global Health Insurance Card (GHIC) ou um Certificado Provisório de Substituição (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Favor preencher de forma completa e legível.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Pretendo ficar na Alemanha até

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirmo que não entrei na Alemanha para efeitos de tratamento.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caixa alemã de doença subsidiária que foi escolhida

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Apelido e nome próprio do/da doente

Geburtsdatum
Data de nascimento

Anschrift im Heimatstaat
Morada no país de origem

Straße, Hausnummer / Rua, n.º

Geschlecht / Sexo

☐ weiblich
feminino

☐ männlich
masculino

☐ divers
diverso

☐ unbestimmt
indeterminado

PLZ, Ort / CP, localidade

Land / País

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Morada temporária na Alemanha

oder
ou

☐ Durchreise
Em trânsito

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, família, etc.)

Straße, Hausnummer / Rua, n.º

PLZ, Ort / CP, localidade

Tel.-Nr./E-Mail / N.º de tel./e-mail

☐ Reisepass
Passaporte

☐ Personalausweis
BI ou CC

Nr.
N.º

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo a exatidão das informações fornecidas

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Assinatura do/da doente

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