

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

Rumänisch

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.

a persoanei asigurate în UE, SEE, în Elveția sau în Regatul Unit, care posedă un Card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS), un Global Health Insurance Card (GHIC) sau un Certificat provizoriu de înlocuire a CEASS.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. A se completa în întregime și în mod lizibil.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Intenționez să stau în Germania până la

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirm că nu am venit în Germania în scopul unui tratament.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Casa germană de asigurări de sănătate aleasă care acordă asistență

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Numele și prenumele pacientei/pacientului

Geburtsdatum
Data nașterii

Anschrift im Heimatstaat
Adresa în țara de origine

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

Geschlecht / Sex

☐ weiblich
feminin

☐ männlich
masculin

☐ divers
divers

☐ unbestimmt
nedefinit

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

oder
sau

☐ Durchreise
Tranzit

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

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon, e-mail

☐ Reisepass
pașaport

☐ Personalausweis
carte de identitate

Nr.
nr.

Datum / dată

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirm că datele declarate de mine sunt corecte.

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Semnătura pacientei / pacientului

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

PRF.NR.
(1.2024)