

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patientförklaring Europeisk Sjukförsäkring

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.

för person som är försäkrad i ett annat EU- eller EES-land, i Schweiz eller i Förenade kungariket och uppvisar ett europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort), ett Global Health Insurance Card (GHIC) eller ett provisoriskt intyg (PI).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Vänligen fyll i komplett och läsbart.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Jag har för avsikt att vistas i Tyskland till den

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Jag intygar att jag inte kommit till Tyskland i avsikt att undergå en behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vald assisterande tysk sjukkasse

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patientens efternamn och förnamn

Geburtsdatum
Födelsedatum

Anschrift im Heimatstaat
Adress i hemlandet

Straße, Hausnummer / Gata, husnummer

PLZ, Ort / Postnummer, ort

Land / Land

Geschlecht / Kön

☐ weiblich
kvinnligt

☐ männlich
manligt

☐ divers
annat

☐ unbestimmt
obestämt

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tillfällig adress i Tyskland

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotell, familj, osv.)

Straße, Hausnummer / Gata, husnummer

PLZ, Ort / Postnummer, ort

Tel.-Nr./E-Mail / Tfn.nr. / e-post

oder
eller

☐ Durchreise
Genomresa

☐ Reisepass
Pass

☐ Personalausweis
ID-kort

Nr.
Nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Jag intygar att mina uppgifter är korrekta

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patientens namnteckning

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