

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prehlásenie pacienta Európske zdravotné poistenie

Slowakisch

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.

osoba poistená v inej krajine EÚ alebo EHP, vo Švajčiarsku alebo v Spojenom kráľovstve, ktorá je držiteľom európskeho preukazu zdravotného poistenia (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) alebo dočasného náhradného potvrdenia.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosím, vyplňte úplne a čitateľne.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Mám v úmysle zostať v Nemecku do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Týmto potvrdzujem, že som neprišiel/neprišla do Nemecka za účelom ošetrovania.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná pomáhajúca nemecká zdravotná poisťovňa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priezvisko a meno pacienta

Geburtsdatum
Dátum narodenia

Anschrift im Heimatstaat
Adresa v domovskej krajine

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSČ, mesto

Land / Krajina

Geschlecht / Pohlavie

☐ weiblich
žena

☐ männlich
muž

☐ divers
iné

☐ unbestimmt
neurčené

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Prechodná adresa v Nemecku

oder
alebo

☐ Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (v hoteli, u rodiny, atď.)

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSČ, mesto

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. č./e-mail

☐ Reisepass
Cestovný pas

☐ Personalausweis
Občiansky preukaz

Nr.
Č.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Týmto potvrdzujem správnosť údajov

Datum / Dátum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacienta

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)