

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Izjava pacienta Evropsko zdravstveno zavarovanje

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.

oseb, zavarovanih v drugi državi EU ali EGP, v Švici ali Združenem kraljestvu, ki predložijo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) ali začasno nadomestno potrdilo.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Izpolnite v celoti in čitljivo.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
V Nemčiji nameravam ostati do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potrjujem, da v Nemčijo nisem vstopil/-a z namenom zdravljenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izbrana nemška zdravstvena zavarovalnica za pomoč

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priimek, ime pacientke/pacienta

Geburtsdatum
Datum rojstva

Anschrift im Heimatstaat
Naslov v domovini

Straße, Hausnummer / Ulica, hišna št.

PLZ, Ort / Poštna št., kraj

Land / Država

Geschlecht / Spol

☐ weiblich
ženski

☐ männlich
moški

☐ divers
drugo

☐ unbestimmt
nedoločen

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Začasni naslov v Nemčiji

oder
ali

☐ Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, družina, itd.)

Straße, Hausnummer / Ulica, hišna št.

PLZ, Ort / Poštna št., kraj

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. št./e-pošta

☐ Reisepass
Potni list

☐ Personalausweis
Osebna izkaznica

Nr.
Št.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potrjujem točnost svojih podatkov

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientke/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