

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Declaración del paciente seguro médico Europeo

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.

de la persona asegurada en la UE, en países del EEE, en Suiza o en el Reino Unido que presenta una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), una tarjeta Global Health Insurance Card (GHIC) o un Certificado Provisional Sustitutorio (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Por favor, rellene por completo y de forma legible.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Tengo intención de permanecer en Alemania hasta el

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirmo no haber viajado a Alemania con la finalidad de recibir tratamiento.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caja de salud seleccionada en Alemania

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Apellidos, nombre de la paciente / del paciente

Geburtsdatum
Fecha de nacimiento

Anschrift im Heimatstaat
Domicilio en el país de origen

Straße, Hausnummer / Calle, número

PLZ, Ort / Código postal/Localidad

Land / País

Geschlecht / sexo

☐ weiblich
femenino

☐ männlich
masculino

☐ divers
diverso

☐ unbestimmt
indeterminado

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Dirección provisional de residencia en Alemania

oder
o

☐ Durchreise
Tránsito

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

Straße, Hausnummer / Calle, número

PLZ, Ort / Código postal/Localidad

Tel.-Nr./E-Mail / No de tel./correo electrónico

☐ Reisepass
Pasaporte

☐ Personalausweis
Carnet de Identidad

Nr.
No

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo que los datos facilitados anteriormente son correctos

Datum / Fecha

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma del/de la paciente

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