

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

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, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP, ve Švýcarsku nebo Spojeném království a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Příjmení a jméno pacientky/pacienta

Geburtsdatum
Datum narození

Anschrift im Heimatstaat
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Land / stát

Geschlecht / pohlaví

☐ weiblich
žena

☐ männlich
muž

☐ divers
jiné

☐ unbestimmt
neurčené

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Přechodná adresa v Německu

oder
nebo

☐ Durchreise
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

☐ Reisepass
cestovní pas

☐ Personalausweis
občanský průkaz

Nr.
č.:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientky / 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