

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Európai Egészségbiztosítási betegségnyilatkozat

Ungarisch

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.

az Európai Unió, illetve az EGT más országában, Svájcban vagy az Egyesült Királyságban biztosított személy részére, aki rendelkezik Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC), Global Health Insurance Card-dal (GHIC) vagy ideiglenes helyettesítő igazolással.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kijelentem, hogy nem gyógykezeltetés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
A beteg neve, utóneve

Geburtsdatum
Születési dátum

Anschrift im Heimatstaat
Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

Geschlecht / Neme

☐ weiblich
nő

☐ männlich
férfi

☐ divers
egyéb

☐ unbestimmt
határozatlan

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder
vagy

☐ Durchreise
átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

☐ Reisepass
útlevél

☐ Personalausweis
személyi igazolvány

Nr.
szám

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ezennel igazolom adataim valóságát

Datum / Dátum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
a beteg aláírása

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)