

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.



Rumänien

Declaratie a pacientului Asigurarea europeana de sanatate

persoanei asigurate în UE, SEE sau în Elveția care posedă un card european de asigurari sociale de sanatate (CEASS) sau un certificat provizoriu de înlocuire a CEASS

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - A se completa în întregime și în mod lizibil

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Intenționez să stau în Germania până la _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Confirm ca nu am venit în Germania în scopul unui tratament.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:
Casa germana de asigurari de sanatate aleasa care acorda asistenta:

Name des behandelnden Arztes:
Medicul care acordă tratamentul:

Name, Vorname des Patienten:
Numele și prenumele pacientului:

Geschlecht:
Sex:

weiblich
feminin

männlich
masculin

Anschrift im Heimatstaat:
Adresa în țara de origine:

Straße, Hausnummer / Strada, număr:

PLZ, Ort / Cod postal, localitate:

Land / țara:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:
Adresa temporara în timpul sejurului în Germania:

oder
sau

Durchreise
Tranzit

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

Straße, Hausnummer / Strada, număr:

PLZ, Ort / Cod postal, localitate:

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon, e-mail:

Identität nachgewiesen durch:
identificat prin:

Reisepass
pasaport

Personalausweis
cartea de
identitate

Nr:
nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirm ca datele declarate de mine sunt corecte.

Datum
data

Unterschrift des Patienten
Semnatura pacientului

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Rechnungsnummer / număr de factură: