



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.



Bulgarien

Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

на лице, осигурено в страна от ЕС респ. от ЕИП или в Швейцария, което представя Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или Удостоверение за временно заместване (УВЗ)

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Моля попълнете изцяло и четливо

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Възнамерявам да пребивавам в Германия до _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:

Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса:

Name des behandelnden Arztes:

име на лекуващия лекар:

Name, Vorname des Patienten:

Фамилия, име на пациента:

Geschlecht:

Пол:

weiblich

männlich

женски

мъжки

Anschrift im Heimatstaat:

Адрес в държавата по произход:

Straße, Hausnummer: улица, номер:

PLZ, Ort / пощенски код, населено място:

Land: / Държава:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:

Временен адрес на пребиваване в Германия:

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.):

**oder
или**

**Durchreise
транзитно преминаване**

Straße, Hausnummer / улица, номер:

PLZ, Ort / пощенски код, населено място:

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл:

Identität nachgewiesen durch:

Установена самоличност чрез:

**Reisepass
паспорт**

Nr:
№:

**Personalausweis
с лична карта**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Потвърждавам верността на дадените от мен
данни

Datum
Дата

Unterschrift des Patienten
Подпис на пациента

Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / номер на фактура: