

# 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.



D / A / CH

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen

Ich beabsichtige, mich bis zum \_\_\_\_\_ in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:**

**Name des behandelnden Arztes:**

**Name, Vorname des Patienten:**

**Geschlecht:**

weiblich

männlich

**Anschrift im Heimatstaat:** Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in**

**oder**

**Durchreise**

**Deutschland** c/o (Hotel, Familie etc.):

PLZ, Ort:

Straße, Hausnummer:

Tel.-Nr./E-Mail:

**Identität nachgewiesen durch**

**Reisepass**

**Personalausweis**

Nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift des Patienten

## Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer: