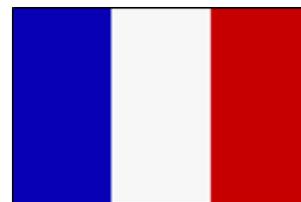


# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

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



Frankreich

## Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et qui présentant une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou un certificat provisoire de remplacement CPR).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Veuillez remplir entièrement et lisiblement

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

J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:**  
**Caisse maladie allemande choisie comme intermédiaire:**

**Name des behandelnden Arztes:**

**Nom du médecin traitant:**

**Name, Vorname des Patienten: Nom, prénom du patient:**

**Geschlecht:**

**sexe:**

weiblich  
féminin

männlich  
masculin

**Anschrift im Heimatstaat:**

**Adresse dans le pays d'origine:**

Straße, Hausnummer / Rue, N°:

PLZ Ort /, Code postal, ville:

Land / Pays:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:**

**Adresse temporaire de séjour en Allemagne:**

oder  
ou

**Durchreise  
de passage**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.):

Straße, Hausnummer / Rue, N°:

PLZ, Ort / Code postal, ville:

Tel.-Nr./E-Mail/N° de téléphone/adresse e-mail:

**Identität nachgewiesen durch:**

**Identité prouvée par:**

**Reisepass**

**Passeport**

**Personalausweis**

**Carte d'identité**

Nr:  
N°:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Je confirme l'exactitude des renseignements fournis

Datum  
Date

Unterschrift des Patienten  
Signature du patient

### Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / numéro de facture: