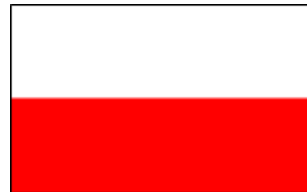


Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

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



Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

Polen

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG lub w Szwajcarii, legitymującego się? Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikatem Zastępczym.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen – Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:
Wybrana niemiecka kasa chorych:

Name des behandelnden Arztes:
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego:

Name, Vorname des Patienten:
Nazwisko i imię pacjenta:

Geschlecht:
Płeć:

weiblich
zenska

männlich
meska

Anschrift im Heimatstaat:
Adres w państwie pochodzenia:

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu:

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość:

Land / Państwo:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:
Adres pobytu czasowego w Niemczech:

oder
lub

Durchreise
Przejazd tranzytem

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.):

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu:

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość:

Tel.-Nr./E-Mail / tel./e-mail:

Identität nachgewiesen durch:
Tożsamość potwierdzona:

Reisepass
paszportem

Personalausweis
dowodem
osobistym

Nr:
nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Datum
Data

Unterschrift des Patienten
Podpis pacjenta

Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / numer faktury: