

# 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.



## Declaración del paciente seguro médico Europeo

**Spanien**

de la persona asegurada en la UE, en el EEE o en Suiza, que presenta una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) o un Certificado Provisional Sustitutorio (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Por favor, rellene por completo y de forma legible

Ich beabsichtige, mich bis zum \_\_\_\_\_ in Deutschland aufzuhalten.  
Tengo intención de permanecer en Alemania hasta el \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Confirmo no haber viajado a Alemania con la finalidad de recibir tratamiento.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:**  
**Caja de salud seleccionada en Alemania:**

**Name des behandelnden Arztes:**  
**Nombre del médico tratante:**

**Name, Vorname des Patienten:**  
**Apellido, nombre del paciente:**

**Geschlecht:**  
**sexo:**

weiblich  
femenino

männlich  
masculino

**Anschrift im Heimatstaat:**  
**Domicilio en el país de origen:**

Straße, Hausnummer / Calle, número:

PLZ, Ort / Código postal/Localidad:

Land / País:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:**  
**Dirección provisional de residencia en Alemania:**

oder  
o

**Durchreise**  
**Tránsito**

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

Straße, Hausnummer / Calle, número:

PLZ, Ort / Código postal/Localidad:

Tel.-Nr./E-Mail / No de tel./correo electrónico:

**Identität nachgewiesen durch:**  
**Identidad comprobada por:**

**Reisepass**  
**Pasaporte**

**Personalausweis**  
**Carnet de Identidad**

Nr:  
No:

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Confirmo que los datos facilitados anteriormente son correctos**

Datum  
Fecha

Unterschrift des Patienten  
Firma del paciente

### Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / número de factura: