

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

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

osoba, osigurana u EU, odnosno u inozemstvu na prostoru Europskog gospodarstva ili u Švicarskoj, koja prilaže Europsku karticu zdravstvenog osiguranja (EHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak za zdravstveno osiguranje (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Namjeravam boraviti u Njemačkoj do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Potvrđujem da nisam doputovao/la u Njemačku u svrhu liječenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć

Name des behandelnden Arztes
 Ime liječnika koji liječi

Name, Vorname des Patienten
 prezime, ime pacijenta

Geschlecht
 spol

☐ weiblich
 žensko

☐ männlich
 muško

Anschrift im Heimatstaat
 Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 privremena adresa boravka u Njemačkoj

oder
 ili

☐ Durchreise
 putovanje u tranzitu

c/o (Hotel, Familie etc.) / kod (hotel, obitelj itd.)

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Tel.-Nr./E-Mail / telefonski broj/mail

Identität nachgewiesen durch
 Identitet dokazan po

☐ Reisepass
 putovnici

☐ Personalausweis
 osobnoj iskaznici

Nr.
 br.

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Datum / datum

Unterschrift des Patienten
 potpis pacijenta

Hinweis an den Arzt

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