

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

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

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP nebo ve Švýcarsku a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name des behandelnden Arztes  
Jméno ošetřujícího lékaře

Name, Vorname des Patienten  
Příjmení, jméno pacienta

Geschlecht  
pohlaví

☐ weiblich  
žena

☐ männlich  
muž

Anschrift im Heimatstaat  
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Land / stát

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Přechodná adresa v Německu

oder  
nebo

☐ Durchreise  
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSČ, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Identität nachgewiesen durch  
totožnost doložena

☐ Reisepass  
cestovním pasem

☐ Personalausweis  
občanským průkazem

Nr.  
č.:

Datum / Datum

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Unterschrift des Patienten  
Podpis pacienta

### Hinweis an den Arzt

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