

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

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

на лице, осигурено в страна от ЕС респ. от ЕИП или в Швейцария, което представя **Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК)** или **Удостоверение за временно заместване (УВЗ)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Възнамерявам да пребивавам в Германия до

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса**

**Name des behandelnden Arztes**  
**име на лекуващия лекар**

**Name, Vorname des Patienten**  
**Фамилия, име на пациента**

**Geschlecht**  
**Пол**

☐ weiblich  
женски

☐ männlich  
мъжки

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Адрес в държавата по произход**

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Временен адрес на пребиваване в Германия**

oder  
или

☐ **Durchreise**  
**транзитно преминаване**

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

**Identität nachgewiesen durch**  
**Установена самоличност чрез**

☐ Reisepass  
паспорт

☐ Personalausweis  
лична карта

Nr.  
№

Datum / Дата

☐ **Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**  
**Потвърждавам верността на дадените от мен данни**

Unterschrift des Patienten  
Подпис на пациента

### Hinweis an den Arzt

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