

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

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

☐ männlich
męska

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

Datum / Data

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

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.