

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

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

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et qui présentant une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Veuillez remplir entièrement et lisiblement.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caisse maladie allemande choisie comme intermédiaire

Name des behandelnden Arztes
Nom du médecin traitant

Name, Vorname des Patienten
Nom, prénom du patient

Geschlecht
sexe

☐ weiblich
féminin

☐ männlich
masculin

Anschrift im Heimatstaat
Adresse dans le pays d'origine

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresse temporaire de séjour en Allemagne

oder
ou

☐ Durchreise
de passage

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.)

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Tel.-Nr./E-Mail / N° de téléphone/adresse e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identité prouvée par

☐ Reisepass
Passeport

☐ Personalausweis
Carte d'identité

Nr.
N°

Datum / Date

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Je confirme l'exactitude des renseignements fournis

Unterschrift des Patienten
Signature du patient

Hinweis an den Arzt

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