

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Európai Egészségbiztosítási betegségnyilatkozat

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

az Európai Unióban, illetve az EGT-ben vagy Svájcban biztosított, Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC) vagy ideiglenes kártyával (IK) rendelkező személy részére

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Kijelentem, hogy nem gyógykezeltetés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Választott kisegítő német betegbiztosító pénztár

Name des behandelnden Arztes  
A kezelőorvos neve

Name, Vorname des Patienten  
A beteg családi és utóneve

Geschlecht  
Neme

☐ weiblich  
nő

☐ männlich  
férfi

Anschrift im Heimatstaat  
Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

☐ Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder  
vagy

☐ Durchreise  
átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

Identität nachgewiesen durch  
Személyi azonosságát igazolta

☐ Reisepass  
útleveél

☐ Personalausweis  
személyi igazolvány

Nr.  
szám

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Ezennel igazolom adataim valóságát

Datum / Dátum

Unterschrift des Patienten  
a beteg aláírása

### Hinweis an den Arzt

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