

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.
№

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

Datum / Дата

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.