

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

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

persoanei asigurate în UE, SEE sau în Elveția care posedă un card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS) sau un certificat provizoriu de înlocuire a CEASS

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. A se completa în întregime și în mod lizibil.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Intenționez să stau în Germania până la

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Confirm că nu am venit în Germania în scopul unui tratament.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Casa germană de asigurări de sănătate aleasă care acordă asistență

Name des behandelnden Arztes
Medicul care acordă tratamentul

Name, Vorname des Patienten
Numele și prenumele pacientului

Geschlecht
Sex

weiblich
 feminin

männlich
 masculin

Anschrift im Heimatstaat
Adresa în țara de origine

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

oder
 sau

Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familia etc.)

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon, e-mail

Identität nachgewiesen durch
identificat prin

Reisepass
 pașaport

Personalausweis
 cartea de identitate

Nr.
 nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirm că datele declarate de mine sunt corecte.

Datum / dată

Unterschrift des Patienten
 Semnatura pacientului

Hinweis an den Arzt

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