

**Vordruck „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“**

**Englisch**

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung**  
**Patient's Declaration European Health Insurance**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
 on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
 I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
 I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Selected assisting German health insurance fund**

\_\_\_\_\_  
**Name des behandelnden Arztes**  
**Treating physician's name**

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname des Patienten**  
**Surname and forename of the patient**

**Geschlecht**  
**Sex**

weiblich  männlich  
 female male

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Address in home country**

Straße, Hausnummer / Street, house no.  
 \_\_\_\_\_

PLZ, Ort / Postcode, city  
 \_\_\_\_\_

Land / Country  
 \_\_\_\_\_

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland** oder  **Durchreise**  
**Temporary address in Germany** or **Passing through**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)  
 \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer / Street, house no.  
 \_\_\_\_\_

PLZ, Ort / Postcode, city  
 \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail  
 \_\_\_\_\_

**Identität nachgewiesen durch**  **Reisepass**  **Personalausweis**  
**Identity documented by** **Passport** **ID card**

Nr.  
 No.  
 \_\_\_\_\_

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben** Datum / Date  
**I confirm the accuracy of the information provided**

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten  
 Patient's signature

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

(10.2018)