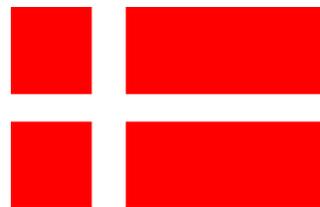


# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

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



Dänemark

## Patienterklæring Europæisk Sygesikring

Patienterklæring Europæisk Sygesikring for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land eller i Schweiz, og som forelægger et europæisk sygesikringskort (EHIC) eller et provisorisk erstatningsbevis (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Udfyldes fuldstændigt og let læseligt.

Ich beabsichtige, mich bis zum \_\_\_\_\_ in Deutschland aufzuhalten.  
Jeg agter at opholde mig i Tyskland frem til den \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Jeg bekræfter, at jeg ikke er rejst til Tyskland med det formål at komme i behandling.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse: valgte tyske sygesikring:**

**Name des behandelnden Arztes:  
Navnet på den behandlende læge:**

**Name, Vorname des Patienten: patientens efternavn og fornavn:**

**Geschlecht:**

**køn:**

**Anschrift im Heimatstaat / adresse i hjemlandet:**

Straße, Hausnummer / gade, husnummer :

weiblich

männlich

kvind

mand

PLZ, Ort / postnummer, by:

Land / lan:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in  
Deutschland: midlertidig opholdsadresse i Tyskland:**

**oder  
eller**

**Durchreise  
på gennemrejse**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familie etc.):

Straße, Hausnummer / gade, husnummer:

PLZ, Ort / postnummer, by:

Tel.-Nr./E-Mail / tf.-nr., e-mail:

**Identität nachgewiesen durch:  
identitet dokumenteret med:**

**Reisepass  
pas**

**Personalausweis  
legitimationskort**

Nr:  
nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Jeg bekræfter rigtigheden af mine oplysninger

Datum  
dato

Unterschrift des Patienten  
patientens underskrift

### Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / fakturanummer: