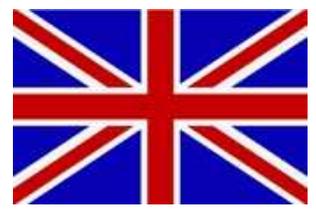


Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

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



England

Patient's Declaration European Health Insurance

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
female

männlich
male

Anschrift im Heimatstaat: Address in home country:

Straße, Hausnummer / Street, house no:

PLZ, Ort / Postcode, city:

Land: / Country:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:
Temporary address in Germany:**

oder
or

**Durchreise
Passing through**

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

Straße, Hausnummer / Street, house no:

PLZ, Ort / City:

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail:

**Identität nachgewiesen durch:
Identity documented by:**

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr:
No:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum
Date

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.

Rechnungsnummer / bill number: