

# 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.



## Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

Griechenland

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ ή στην Ελβετία, ο οποίος / η οποία υποβάλλει ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως

Ich beabsichtige, mich bis zum \_\_\_\_\_ in Deutschland aufzuhalten.  
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:**  
**Επιλεγθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας:**

**Name des behandelnden Arztes:**  
**Όνομα του θεράποντος ιατρού:**

**Name, Vorname des Patienten:**  
**Φамилия, име на пациента:**

**Geschlecht:**  
**Φύλλο:**

weiblich  
θήλυ

männlich  
άρρεν

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης:**

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός:

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη:

Land / Държава:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland: Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία:**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.):

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός. :

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη\_ :

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail:

oder  
ή

**Durchreise**  
**Διέλευση από τη χώρα**

**Identität nachgewiesen durch:**  
**Απόδειξη ταυτότητας μέσω:**

**Reisepass**  
**διαβατηρίου**

**Personalausweis**  
**αστυνομικής ταυτότητας**

Nr:  
Αρ.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά

Datum  
Ημερομηνία

Unterschrift des Patienten  
Υπογραφή του ασθενή

### Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / αριθμός τιμολογίου: