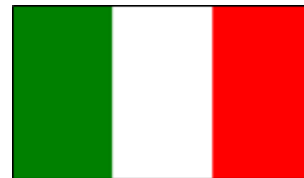


Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

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



Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

Italien

della persona assicurata in un altro paese UE o un paese aderente allo Spazio Economico Europeo o in Svizzera, che presenta la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o il Certificato Sostitutivo Provvisorio.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - Si prega di compilare il modul interamente e in modo leggibile

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.
Ho l'intenzione di rimanere in Germania fino al _____

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. Confermo di non essere venuta/o in Germania per farmi curare.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:
Cassa malattia tedesca di appoggio scelta dal/dalla paziente:

Name des behandelnden Arztes:
Nome del medico curante:

Name, Vorname des Patienten:
Cognome e nome del/della paziente:

Geschlecht:
Sesso:

weiblich
femminile

männlich
maschile

Anschrift im Heimatstaat:
Cognome e nome del/della paziente:

Straße, Hausnummer / Via, numero civico:

PLZ, Ort / Codice postale, luogo:

Land / Stato:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:
Indirizzo durante il temporaneo soggiorno in Germania:

oder
o

**Durchreise
in transit**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (albergo/famiglia ecc.):

Straße, Hausnummer / Via, numero civico:

PLZ, Ort / Codice postale, luogo:

Tel.-Nr./E-Mail / Telefono/e-mail:

Identität nachgewiesen durch:
Cognome e nome del/della paziente:

**Reisepass
il passaporto**

**Personalausweis
la carta d'identità**

Nr:
numero:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confermo l'esattezza dei dati

Datum
Data

Unterschrift des Patienten
Firma del/della paziente

Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / numero di fattura: