

# 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.



## Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

**Kroatien**

osoba, osigurana u EU, odnosno u inozemstvu na prostoru Europskog gospodarstva ili u Švicarskoj, koja prilaže Europsku karticu zdravstvenog osiguranja (EHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak za zdravstveno osiguranje (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen - *Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima*

Ich beabsichtige, mich bis zum \_\_\_\_\_ in Deutschland aufzuhalten.  
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
Potvrđujem da nisam doputovao/la u Njemačku u svrhu liječenja.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:  
Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć:**

**Name des behandelnden Arztes:  
Ime liječnika koji liječi:**

**Name, Vorname des Patienten:  
prezime, ime pacijenta:**

**Geschlecht:  
spol:**

weiblich  
žensko

männlich  
muško

**Anschrift im Heimatstaat:  
Adresa u domovini:**

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj:

PLZ, Ort / oštanski broj, mjesto:

Land / država:

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland:  
privremena adresa boravka u Njemačkoj:**

oder  
ili

**Durchreise  
putovanje u tranzitu**

c/o (Hotel, Familie etc.) / kod (hotel, obitelj itd.):

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj:

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto:

Tel.-Nr./E-Mail / telefonski broj:/mail:

**Identität nachgewiesen durch:  
Identitet dokazan po:**

**Reisepass  
putovnici**

**Personalausweis  
osobnoj iskaznici**

Nr:  
br:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
**Potvrđujem ispravnost mojih navoda**

Datum  
datum

Unterschrift des Patienten  
*potpis pacijenta*

### Hinweis an den Arzt

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

Rechnungsnummer / račun broj: