

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin

– einerseits –

und

**der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen),
K. d. ö. R., Berlin,**

– andererseits –

schließen als Anlage 20 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung zur Anwendung der
Europäischen Krankenversicherungskarte
vom 1. Januar 2024**

Präambel	3
§ 1 Behandlungsanspruch.....	3
§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten	4
§ 2a Digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“	5
§ 3 Abrechnung	5
§ 4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.....	6
§ 5 Überweisungen	7
§ 6 Verordnung von Krankenhausbehandlung	7
§ 7 Inkrafttreten	7
§ 8 Kündigung	8
Protokollnotiz.....	8
Anlage 1 – Konkretisierung zur Erzeugung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“	9
Anlage 2 – Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“	10
Anlage 3 – Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“	32

Präambel

Diese Vereinbarung dient der Umsetzung der Verordnung (EG) Nr. 883/04 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, der Verordnung (EG) Nr. 987/09 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/04, des Abkommens über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft sowie des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits.

§ 1 Behandlungsanspruch

- (1) Bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC), einer Global Health Insurance Card (GHIC) oder einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) bzw. eines Nationalen Anspruchsnachweises mit dem Vermerk „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer (entspricht bei EU/EWR/CH/UK Europäischer Krankenversicherungskarte (EHIC)/Global Health Insurance Card (GHIC)/Provisorischer Ersatzbescheinigung (PEB))“ hat eine in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversicherte Person (im Folgenden: „im Ausland versicherte Person“) bei einem Vertragsarzt Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes – medizinisch notwendige Behandlung. Kein Anspruch besteht, wenn die im Ausland versicherte Person zum Zweck der ärztlichen Behandlung nach Deutschland eingereist ist. Weiter besteht kein Anspruch auf Leistungen, die bis zu der von der im Ausland versicherten Person ohnehin beabsichtigten Rückkehr in ihr Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit der im Ausland versicherten Person zu gefährden oder ihr körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Im Übrigen richtet sich der Leistungsumfang nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Die Inanspruchnahme von Dialysebehandlung oder Sauerstofftherapie oder einer anderen lebenswichtigen medizinischen Behandlung, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar ist oder in Einrichtungen, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind, kann von einer vorherigen Vereinbarung zwischen der im Ausland versicherten Person und der die medizinische Leistung erbringenden Einrichtung abhängig gemacht werden, um sicherzustellen, dass die Behandlung während des vorübergehenden Aufenthalts der im Ausland versicherten Person in Deutschland verfügbar ist.¹
- (3) Der Vertragsarzt hat die Identität der im Ausland versicherten Person zu überprüfen. Als Identitätsnachweis gelten der Personalausweis oder der Reisepass.

¹ Diese Bestimmung dient der Umsetzung des Artikels 19 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/04 entsprechend dem Beschluss Nr. S3 der Verwaltungskommission vom 12. Juni 2009 (ABl. C 106/40 vom 24.04.2010).

- (4) Die im Ausland versicherte Person wählt vor Beginn der Behandlung eine ausführende Krankenkasse am Aufenthaltsort. Sie ist für die gesamte Dauer der Behandlung an diese Wahl gebunden.
- (5) Legt die im Ausland versicherte Person die Berechtigung nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, von dieser unmittelbar eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. Reicht die im Ausland versicherte Person eine PEB oder einen Nationalen Anspruchsnachweis nach Absatz 1 und den Identitätsnachweis innerhalb der nach § 18 Absatz 9 BMV-Ä vorgesehenen Frist nach, ist die von ihr gezahlte Vergütung zurückzuzahlen. Die im Ausland versicherte Person kann eine PEB entweder selbst bei ihrem ausländischen zuständigen Träger anfordern oder eine Anspruchsbescheinigung durch eine deutsche Krankenkasse ihrer Wahl anfordern lassen.² Abweichend von Satz 2 kann spätestens im Laufe des nächsten Arbeitstages eine EHIC oder eine GHIC nachgereicht werden.
- (6) Absatz 5 Satz 1 gilt auch, wenn sich die im Ausland versicherte Person für den Vertragsarzt erkennbar in die Bundesrepublik Deutschland begeben hat, um eine ärztliche Behandlung zu erhalten, es sei denn, der für die im Ausland versicherte Person zuständige ausländische Kostenträger hat die Behandlung mit Formular S2 vor der Inanspruchnahme ausdrücklich genehmigt und die ausführende deutsche Krankenkasse hat einen Nationalen Anspruchsnachweis (Anlage 3) ausgestellt. Wendet sich die im Ausland versicherte Person mit Formular S2 direkt an den Vertragsarzt, ist sie zunächst an die Krankenkasse ihrer Wahl zu verweisen. Eine nach GOÄ im Sinne von Absatz 5 Satz 1 geforderte Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn die im Ausland versicherte Person innerhalb der nach § 18 Absatz 9 BMV-Ä vorgesehenen Frist einen von der gewählten ausführenden deutschen Krankenkasse ausgestellten gültigen Nationalen Anspruchsnachweis vorlegt.

§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

- (1) Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs werden die Daten der EHIC, der GHIC oder der PEB kopiert. In dem besonderen Ausnahmefall der ambulanten Versorgung vor Ort durch einen Arzt im vertragsärztlichen fahrenden Notdienst werden, sofern keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die Daten der EHIC, der GHIC oder der PEB formlos händisch erfasst. Dabei müssen folgende Angaben erfasst werden: Herkunftsland sowie jeweils unter Angabe der zugehörigen Ordnungsnummer (3. bis 9.) und der zugehörigen Feldbezeichnung: Vor- und Nachname der versicherten Person, Geburtsdatum, Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers, Kennnummer der Karte und Ablaufdatum. Wird eine PEB vorgelegt, ist zusätzlich die Gültigkeitsdauer der PEB sowie deren Ausgabedatum zu erfassen. Die Dokumentation erfolgt mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.
- (2) Vor Durchführung der Behandlung hat die im Ausland versicherte Person das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ der Anlage 2

² Im Rahmen der Einführung des elektronischen Austauschs von Informationen der Sozialen Sicherheit (EESSI) erhält die deutsche Krankenkasse bei Anforderung einer Anspruchsbescheinigung vom zuständigen Träger lediglich einen Datensatz zur Bestätigung des Anspruchs. Sie wird in diesen Fällen daher den Nationalen Anspruchsnachweis (Anlage 3) mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ ausstellen.

dieser Vereinbarung auszufüllen und zu unterschreiben. Eine Kopie dieser Erklärung verbleibt beim Vertragsarzt. Der Vertragsarzt achtet auf Vollständigkeit der Angaben und bescheinigt die Übereinstimmung der Daten auf der Kopie bzw. der händischen Erfassung nach Absatz 1 Satz 2 mit denen auf der EHIC, der GHIC oder der PEB durch Datum, Unterschrift und Arztstempel im unteren Abschnitt der Patientenerklärung. Dies gilt auch in den Fällen nach § 1 Absatz 5 Satz 1. In diesen Fällen ist das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ vom Vertragsarzt bis zum Ende der im BMV-Ä vorgesehenen Frist aufzubewahren. Ist die Dokumentation (Kopie von EHIC, GHIC oder PEB) erneut durchzuführen (vgl. Absatz 1), ist auch ein neues Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auszufüllen und zu unterschreiben.

- (3) Die Kopien oder die im Ausnahmefall gem. Absatz 1 händisch erfassten Daten der EHIC, der GHIC oder der PEB, sowie die Originalfassung der Erklärung sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Dabei ist die Gebührenordnungsposition 40110 EBM abrechnungsfähig. Die Zweitkopien verbleiben beim Vertragsarzt. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Kopie der Erklärung und die Zweitkopien oder händisch erfassten Daten der EHIC, der GHIC oder der PEB zwei Jahre aufzubewahren.
- (4) Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs beim behandelnden Vertragsarzt.

§ 2a Digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“

- (1) Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (Anlage 2), welches verschiedene europäische Sprachen enthält, wird dem Vertragsarzt als Formularvordruck digital zum Abruf im Praxisverwaltungssystem als ausdrucksbares Dokument für den Nutzer zur Verfügung gestellt.
- (2) Der sprachlich relevante Teil des Formulars ist durch den Vertragsarzt auf weißem Papier in schwarzer Druckfarbe zu erstellen. Hierbei kann auch beim Vertragsarzt vorhandenes Sicherheitspapier nach 1.1.10 der Anlage 2a BMV-Ä verwendet werden.
- (3) Das Praxisverwaltungssystem des Vertragsarztes muss von der KBV in Bezug auf die digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ zertifiziert sein. Das Nähere zur Zertifizierung ergibt sich aus den jeweils aktuellen Richtlinien der Softwarezertifizierung der KBV. Die KBV kann für die Zertifizierung Gebühren erheben.

§ 3 Abrechnung

- (1) Der Vertragsarzt rechnet die nach § 1 Absatz 1 erbrachten Leistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse ab, die die im Ausland versicherte Person als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Leistungen sind mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Vertragsarzt ist.

- (2) Die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a BMV-Ä unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums der im Ausland versicherten Person. Zusätzlich ist im Feld „Status“ durch die Übermittlung der Ziffer „1“ für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffern „07“ für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) zu dokumentieren, dass es sich um einen EU/EWR/CH/UK-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage zu Anlage 4a BMV-Ä.
- (3) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten EHIC, GHIC bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben der im Ausland versicherten Person erfolgte, erhält der Vertragsarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine Vergütung nach Absatz 1 Satz 2, es sei denn, der Vertragsarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

§ 4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

- (1) Arzneimittel dürfen für Rechnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse nur verordnet werden, wenn die Voraussetzungen des § 1 Absatz 1 vorliegen und das Arzthonorar der Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist. Dabei ist das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 2 BMV-Ä) zu verwenden. Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Arzneiverordnungsblatt sind Name, Vorname und Geburtsdatum der im Ausland versicherten Person sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist auf dem Rezept durch Auftragung der Ziffer „1“ für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffern „07“ für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 1 bis 3 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24, 25 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EU/EWR/CH/UK-Behandlungsfall handelt. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln auf den entsprechenden Mustern 8, 8A, 13, 15 und 16 der Anlagen 2 und 2a BMV-Ä. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.
- (2) Wird ein Nationaler Anspruchsnachweis nach § 1 Absatz 1 vorgelegt, muss die im Ausland versicherte Person die Heil- bzw. Hilfsmittelverordnung der von ihr gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen.
- (3) Wird der im Ausland versicherten Person das Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privat Rezept verordnet werden.

§ 4a Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Bei Feststellung von Arbeitsunfähigkeit von im Ausland versicherten Personen haben diese Anspruch auf vom Vertragsarzt unterschriebene Ausfertigungen der Bescheinigung nach § 4 Nummer 4.1.9 Anlage 2b BMV-Ä. Es erfolgt keine elektronische Übermittlung der Daten an die Krankenkasse.

§ 5 Überweisungen

- (1) Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt als notwendig, sind vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Überweisungsschein (Muster 6 der Anlagen 2 und 2a BMV-Ä) die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur ausshelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist durch die Auftragung der Ziffer „1“ für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffern „07“ für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Position 1 bis 3 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24, 25 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EU/EWR/CH/UK-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.
- (2) Wird ein Nationaler Anspruchsnachweis nach § 1 Absatz 1 vorgelegt, ist eine unmittelbare Überweisung an einen mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarzt nicht möglich. Für die Inanspruchnahme eines mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarztes benötigt die im Ausland versicherte Person einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis von der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse. Der erstbehandelnde Vertragsarzt bescheinigt daher die Notwendigkeit der Mit- bzw. Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt auf dem Muster 6 der Anlagen 2 und 2a BMV-Ä. Die im Ausland versicherte Person legt dieses der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse vor, die ggf. einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausstellt.
- (3) Für den weiterbehandelnden Vertragsarzt gelten die Regelungen der §§ 1 bis 3 mit Ausnahme des § 1 Absatz 4. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die beim erstbehandelnden Vertragsarzt gewählte ausshelfende deutsche Krankenkasse. § 2 kommt dann nicht zur Anwendung, wenn der Vertragsarzt nicht persönlich durch die im Ausland versicherte Person in Anspruch genommen wird.

§ 6 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, ist vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Muster 2 der Anlagen 2 und 2a zum BMV-Ä) der Name der ausshelfenden deutschen Krankenkasse und das dazugehörige Institutionskennzeichen aufzutragen. Zusätzlich ist durch Auftragung der Ziffer „1“ für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffern „07“ für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Position 1 bis 3 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24, 25 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EU/EWR/CH/UK-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.

§ 7 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte vom 01.07.2004 außer Kraft.

§ 8 Kündigung

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres von jedem Vertragspartner schriftlich gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

Protokollnotiz

Zu den Inhalten der Anlage 20 erstellen GKV-SV, DVKA und KBV gemeinsam eine Information für die Arztpraxen und eine Information für die Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Anlage 1 – Konkretisierung zur Erzeugung des Formulars
„Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“**

1. Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist mittels zertifizierter Software und eines Druckers vom Vertragsarzt selbst in der Praxis zu erzeugen.
2. Jede für die Abrechnung zertifizierte Software ist verpflichtet, das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ als ausdrucksfähiges Dokument für den Nutzer vorzuhalten.
3. Bei der Herstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist als Druckvorlage ausschließlich das verbindliche Formular zu verwenden; dabei ist sicherzustellen, dass sich gegenüber den Vorgaben im Inhalt, in der Gestaltung, Abmessung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben. Eine Toleranz von +/- 1 mm bei der Herstellung der Vordrucke ist einzuhalten. Für den Ausdruck des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist ausschließlich schwarze Farbe zu verwenden.
4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt den Softwarehäusern zeitgleich mit den Informationen über die Änderungen bestehender Formulare bzw. der Neueinführung von Formularen die entsprechenden Informationen für das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“.
5. Die Prüfnummer der zertifizierten Software ist (PRF.NR.). Diese ist am unteren rechten Formularrand des in Anlage 2 enthaltenen Formularmusters anzugeben.

Anlage 2 – Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

на лице осигурено в страна от ЕС или ЕИП, в Швейцария или Обединеното кралство, което представя Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), Global Health Insurance Card (GHIC) или Удостоверение за временно заместване (УВЗ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Възнамерявам да пребивавам в Германия до

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса

Name, Vorname des Patienten
Фамилно име, собствено име на пациента / на пациентката

Geburtsdatum
Дата на раждане

Anschrift im Heimatstaat
Адрес в държавата по произход

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

Geschlecht / Пол

weiblich
женски

männlich
мъжки

divers
различен

unbestimmt
неуточнен

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Временен адрес на пребиваване в Германия

oder
или

Durchreise
транзитно преминаване

c/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

Reisepass
паспорт

Personalausweis
лична карта

Nr.
№

Datum / Дата

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Потвърждавам верността на дадените от мен данни

Unterschrift der Patientin / des Patienten
подпис на пациентката/пациента

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patienterklæring Europæisk Sygesikring

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land, i Schweiz eller i Det Forenede Kongerige, og som forelægger et europæisk sygesikringskort (EHIC), et Global Health Insurance Card (GHIC) 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, Vorname der Patientin / des Patienten
Patientens efternavn og fornavn

Geburtsdatum
Fødselsdato

Anschrift im Heimatstaat
adresse i hjemlandet

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Land / land

Geschlecht / køn

weiblich
kvinde

männlich
mand

divers
nonbinær

unbestimmt
ubestemt

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 / tlf.-nr., e-mail

Reisepass
pas

Personalausweis
legitimationskort

Nr.
No.

Datum / dato

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten
patientens underskrift

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, in Switzerland or in the United Kingdom submitting a European Health Insurance Card (EHIC), a Global Health Insurance Card (GHIC) 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, Vorname der Patientin / des Patienten
Surname and forename of the patient

Geburtsdatum
Date of birth

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Geschlecht / Sex

weiblich
female

männlich
male

divers
other

unbestimmt
unspecified

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 / Postcode, city

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

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr.
No.

Datum / Date

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patient's signature

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Euroopa ravikindlustus Patsiendi kinnitus

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

Kinnitaja on teises ELi või EMP riigis, Šveitsis või Ühendkuningriigis kindlustatud isik, kes esitab Euroopa ravikindlustuskaardi (EHIC), ülemaailmse ravikindlustuskaardi (GHIC) või ajutise asendussertifikaadi (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Palun täitke täielikult ja loetavalt.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Kavatsen jääda Saksamaale kuni

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kinnitan, et ma ei reisinud Saksamaale ravi eesmärgil.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Valitud abistav Saksa haigekassa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patsiendi perekonnanimi ja eesnimi

Geburtsdatum
Sünnikuupäev

Anschrift im Heimatstaat
Aadress koduriigis

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

Geschlecht / Sugu

weiblich
naine

männlich
mees

divers
muu

unbestimmt
määratlemata

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

Land / Riik

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ajutine viibimisaadress Saksamaal

oder
või

Durchreise
läbisõidul

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotell, perekond vm)

Straße, Hausnummer / Tänav, majanumber

PLZ, Ort / Postiindeks, asula

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon/e-post

Reisepass
Pass

Personalausweis
Isikutunnistus

Nr.
Nr

Datum / Kuupäev

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Kinnitan, et mu esitatud andmed on õiged.

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patsiendi allkiri

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Eurooppalaisen sairausvakuutuksen potilasilmoitus

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

jonka antaa muussa EU:n tai ETA:n jäsenvaltiossa, Sveitsissä tai Yhdistyneessä kuningaskunnassa vakuutettu henkilö, joka esittää Eurooppalaisen sairausvakuutuskortin (EHIC), Maailmanlaajuisen sairaanhoitokortin (GHIC) tai Väliaikaisen korvaustodistuksen (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Täytetään kokonaan ja painokirjaimin.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Aion viipyä Saksassa saakka.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Vahvistan, että en ole matkustanut Saksaan hoidon saamista varten.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Valittu avustava saksalainen sairausvakuutusyhtiö

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Potilaan sukunimi ja etunimi

Geburtsdatum
Syntymäpäivä

Anschrift im Heimatstaat
Osoite kotimaassa

Straße, Hausnummer / Katu, talon nro

PLZ, Ort / Postinumero, kaupunki

Land / Valtio

Geschlecht / Sukupuoli

weiblich
nainen

männlich
mies

divers
muu

unbestimmt
ei eritelty

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Väliaikainen osoite Saksassa

oder
tai

Durchreise
läpikulkumatkalla

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotelli, perhe, jne.)

Straße, Hausnummer / Katu, talon nro

PLZ, Ort / Postinumero, kaupunki

Tel.-Nr./E-Mail / Puh. nro/s-posti

Reisepass
Passi

Personalausweis
Henkilökortti

Nr.
nro

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Vahvistan antamieni tietojen oikeellisuuden

Datum / Päiväys

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Potilaan allekirjoitus

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE, en Suisse ou au Royaume-Uni qui présente une carte européenne d'assurance maladie (CEAM), une Global Health Insurance Card (GHIC) ou un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Veuillez remplir entièrement et lisiblement.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caisse maladie allemande choisie comme intermédiaire

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Nom, prénom de la patiente / du patient

Geburtsdatum
Date de naissance

Anschrift im Heimatstaat
Adresse dans le pays d'origine

Geschlecht / sexe

weiblich
femme

männlich
homme

divers
autre

unbestimmt
indéterminé

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresse temporaire de séjour en Allemagne

oder
ou

Durchreise
de passage

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.)

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Tel.-Nr./E-Mail / N° de téléphone/adresse e-mail

Reisepass
Passeport

Personalausweis
Carte d'identité

Nr.
N°

Datum / Date

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Je confirme l'exactitude des renseignements fournis

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Signature du/de la patient(e)

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

ασφαλισμένου/ασφαλισμένης σε άλλη χώρα της ΕΕ ή του ΕΟΧ, στην Ελβετία ή στο Ηνωμένο Βασίλειο, προσκομίζοντας Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), Παγκόσμια Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (GHIC) 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 ασθένειας

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Επώνυμο, όνομα του/της ασθενούς

Geburtsdatum
Ημερομηνία γέννησης

Anschrift im Heimatstaat
Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Land / Χώρα

Geschlecht / Φύλλο

weiblich
θήλυ

männlich
άρρεν

divers
διάφορο

unbestimmt
ακαθόριστο

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία

oder
ή

Durchreise
Διέλευση από τη χώρα

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

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

Reisepass
διαβατηρίου

Personalausweis
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.
Αρ..

Datum / Ημερομηνία

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Υπογραφή της ασθενούς / του ασθενούς

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

della persona assicurata in un altro paese dell'UE o del SEE, in Svizzera o nel Regno Unito, che presenta la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), la Global Health Insurance Card (GHIC) o il Certificato Sostitutivo Provvisorio (CSP).

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, Vorname der Patientin / des Patienten
Cognome, nome della/del paziente

Geburtsdatum
Data di nascita

Anschrift im Heimatstaat
Indirizzo nel paese di residenza

Geschlecht / Sesso

weiblich
femminile

männlich
maschile

divers
diverso

unbestimmt
indeterminato

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 transito

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

Reisepass
il passaporto

Personalausweis
la carta d'identità

Nr.
numero

Datum / Data

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma della / del paziente

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osobe osigurane u drugim državama EZ, odnosno EGP, u Švicarskoj ili u Ujedinjenom Kraljevstvu, koja prilaže Karticu Europskog zdravstvenog osiguranja (EHIC), tzv. Global Health Insurance Card (GHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak.

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, Vorname der Patientin / des Patienten
prezime, ime pacijentkinje/pacijenta

Geburtsdatum
Datum rođenja

Anschrift im Heimatstaat
Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

Geschlecht / spol

weiblich
žensko

männlich
muško

divers
različito

unbestimmt
neopredeljen

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

Reisepass
putovnici

Personalausweis
osobnoj iskaznici

Nr.
br.

Datum / datum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Potpis pacijentkinje / pacijenta

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Eiropas veselības apdrošināšanas sistēmas pacienta deklarācija

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

kuru iesniedz kādā citā ES vai EEK dalībvalstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē apdrošināta persona, kura izrāda Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK), Global Health Insurance Card (GHIC) vai Pagaidu aizstājēsertifikātu (PAS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Lūdzam aizpildīt pilnībā un labi salasāmi

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Es esmu paredzējis/-usi līdz uzturēties Vācijā.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ar šo es apliecinu, ka neesmu ieradies/-usies Vācijā ar mērķi saņemt ārstēšanas pakalpojumus.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Es esmu izvēlējis/-usies sekojošu Vācijas slimokasi kā palīgkasi

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Pacienta/-es vārds un uzvārds

Geburtsdatum
Dzimšanas datums

Anschrift im Heimatstaat
Adrese izcelsmes valstī

Straße, Hausnummer / Iela, mājas numurs

PLZ, Ort / Pasta indekss, vieta

Land / Valsts

Geschlecht / Dzimums

weiblich
sieviešu

männlich
vīriešu

divers
cita

unbestimmt
nenoteikts

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Pagaidu uzturēšanās vietas adrese Vācijā

oder
vai

Durchreise
tranzītā

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (viesnīca, ģimene utt.)

Straße, Hausnummer / Iela, mājas numurs

PLZ, Ort / Pasta indekss, vieta

Tel.-Nr./E-Mail / Tel./e-pasta adrese

Reisepass
Pase

Personalausweis
ID karte

Nr.
Nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ar šo es apliecinu augstāk sniegtās informācijas pareizību

Datum / Datums

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Pacienta/-es paraksts

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Paciento deklaracija Europos sveikatos draudimas

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

ES ar EEE užsienio šalyje, Šveicarijoje ar Jungtinėje Karalystėje apdraustas asmuo, pateikęs Europos sveikatos draudimo kortelę (ESDK), Global Health Insurance Card (GHIC) arba Laikinąjį pakaitinį sertifikatą (LPK).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Pilnai ir įskaitomai užpildykite.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ketinu likti Vokietijoje iki

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Patvirtinu, kad j Vokietiją atvykau ne su tikslu gydytis.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Pasirinkta pagalbinė Vokietijos ligonių kasa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Pacientės/paciento pavardė, vardas

Geburtsdatum
Gimimo data

Anschrift im Heimatstaat
Adresas gimtojoje valstybėje

Straße, Hausnummer / Gatvės pavadinimas, namo numeris

PLZ, Ort / Pašto kodas, vietovė

Land / Valstybė

Geschlecht / Lytis

weiblich
moteris

männlich
vyras

divers
trečioji lytis

unbestimmt
neapibrėžta

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Laikinas adresas Vokietijoje

oder
arba

Durchreise
Vykstu tranzitu

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (viešbutis, šeima, kita)

Straße, Hausnummer / Gatvės pavadinimas, namo numeris

PLZ, Ort / Pašto kodas, vietovė

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. Nr./el. paštas

Reisepass
Pasas

Personalausweis
ATK

Nr.
Nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Patvirtinu, kad suteikiau teisingą informaciją

Datum / Data

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Pacientės / paciento parašas

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk en een Europese gezondheidskaart (EHIC), een Global Health Insurance Card (GHIC) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ik ben van plan om t/m in Duitsland te verblijven.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Bemiddelende Duitse zorgverzekering

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Naam, voornaam van de patiënt

Geburtsdatum
Geboortedatum

Anschrift im Heimatstaat
Adres in land van oorsprong

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

Geschlecht / Geslacht

weiblich
vrouwelijk

männlich
mannelijk

divers
divers

unbestimmt
onbepaald

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

oder
of

Durchreise
doorreis

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

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.nr./e-mail

Reisepass
paspoort

Personalausweis
identiteitskaart

Nr.
nr.

Datum / Datum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Handtekening van de patiënt

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG, Szwajcarii lub Zjednoczonym Królestwie, legitymującego się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), Global Health Insurance Card (GHIC) lub Certyfikatem Zastępczym

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Wybrana niemiecka kasa chorych

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki

Geburtsdatum
Data urodzenia

Anschrift im Heimatstaat
Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

Geschlecht / Płeć

weiblich
żeńska

männlich
męska

divers
odmienna

unbestimmt
nieokreślona

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Land / Państwo

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adres pobytu czasowego w Niemczech

oder
lub

Durchreise
Przejazd tranzytem

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.)

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Tel.-Nr./E-Mail / tel./e-mail

Reisepass
paszportem

Personalausweis
dowodem osobistym

Nr.
nr

Datum / Data

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Unterschrift der Patientin / des Patienten
podpis pacjentki / pacjenta

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Declaração do doente Seguro Europeu de Doença

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

da pessoa segurada num país estrangeiro da UE ou do EEE, na Suíça ou no Reino Unido, que apresenta um Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), um Global Health Insurance Card (GHIC) ou um Certificado Provisório de Substituição (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Favor preencher de forma completa e legível.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Pretendo ficar na Alemanha até

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirmo que não entrei na Alemanha para efeitos de tratamento.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caixa alemã de doença subsidiária que foi escolhida

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Apelido e nome próprio do/da doente

Geburtsdatum
Data de nascimento

Anschrift im Heimatstaat
Morada no país de origem

Geschlecht / Sexo

Straße, Hausnummer / *Rua, n.º*

weiblich
feminino

PLZ, Ort / *CP, localidade*

männlich
masculino

Land / *Pais*

divers
diverso

unbestimmt
indeterminado

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Morada temporária na Alemanha

oder
ou

Durchreise
Em trânsito

c/o (Hotel, Familie etc.) / *c/o (hotel, família, etc.)*

Straße, Hausnummer / *Rua, n.º*

PLZ, Ort / *CP, localidade*

Tel.-Nr./E-Mail / *N.º de tel./e-mail*

Reisepass
Passaporte

Personalausweis
BI ou CC

Nr.
N.º

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo a exatidão das informações fornecidas

Datum / *Data*

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Assinatura do/da doente

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

a persoanei asigurate în UE, SEE, în Elveția sau în Regatul Unit, care posedă un Card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS), un Global Health Insurance Card (GHIC) sau un Certificat provizoriu de înlocuire a CEASS.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. A se completa în întregime și în mod lizibil.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Intenționez să stau în Germania până la

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirm că nu am venit în Germania în scopul unui tratament.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Casa germană de asigurări de sănătate aleasă care acordă asistență

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Numele și prenumele pacientei/pacientului

Geburtsdatum
Data nașterii

Anschrift im Heimatstaat
Adresa în țara de origine

Geschlecht / Sex

weiblich
feminin

männlich
masculin

divers
divers

unbestimmt
nedefinit

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Land / Țară

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresa temporară în timpul sejurului în Germania

oder
sau

Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familia etc.)

Straße, Hausnummer / Stradă, număr

PLZ, Ort / Cod poștal, localitate

Tel.-Nr./E-Mail / Telefon, e-mail

Reisepass
pașaport

Personalausweis
cartea de identitate

Nr.
nr.

Datum / dată

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirm că datele declarate de mine sunt corecte.

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Semnătura pacientei / pacientului

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Patientförklaring Europeisk Sjukförsäkring

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

för person som är försäkrad i ett annat EU- eller EES-land, i Schweiz eller i Förenade kungariket och uppvisar ett europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort), ett Global Health Insurance Card (GHIC) eller ett provisoriskt intyg (PI).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Vänligen fyll i komplett och läsbart.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Jag har för avsikt att vistas i Tyskland till den

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Jag intygar att jag inte kommit till Tyskland i avsikt att undergå en behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vald assisterande tysk sjukkasse

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Patientens efternamn och förnamn

Geburtsdatum
Födelsedatum

Anschrift im Heimatstaat
Adress i hemlandet

Straße, Hausnummer / Gata, husnummer

PLZ, Ort / Postnummer, ort

Land / Land

Geschlecht / Kön

weiblich
kvinnligt

männlich
manligt

divers
annat

unbestimmt
obestämt

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tillfällig adress i Tyskland

oder
eller

Durchreise
Genomresa

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotell, familj, osv.)

Straße, Hausnummer / Gata, husnummer

PLZ, Ort / Postnummer, ort

Tel.-Nr./E-Mail / Tfn.nr. / e-post

Reisepass
Pass

Personalausweis
ID-kort

Nr.
Nr.

Datum / Datum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Jag intygar att mina uppgifter är korrekta

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Patientens namnteckning

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prehlásenie pacienta Európske zdravotné poistenie

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba poistená v inej krajine EÚ alebo EHP, vo Švajčiarsku alebo v Spojenom kráľovstve, ktorá je držiteľom európskeho preukazu zdravotného poistenia (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) alebo dočasného náhradného potvrdenia.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosím, vyplňte úplne a čitateľne.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.

Mám v úmysle zostať v Nemecku do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.

Týmto potvrdzujem, že som neprišiel/neprišla do Nemecka za účelom ošetrovania.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná pomáhajúca nemecká zdravotná poisťovňa

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priezvisko a meno pacienta

Geburtsdatum
Dátum narodenia

Anschrift im Heimatstaat
Adresa v domovskej krajine

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSC, mesto

Land / Krajina

Geschlecht / Pohlavie

weiblich
žena

männlich
muž

divers
iné

unbestimmt
neurčené

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Prechodná adresa v Nemecku

oder
alebo

Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (v hoteli, u rodiny, atď.)

Straße, Hausnummer / Ulica, číslo domu

PLZ, Ort / PSC, mesto

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. č./e-mail

Reisepass
Cestovný pas

Personalausweis
Občiansky preukaz

Nr.
Č.

Datum / Dátum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Týmto potvrdzujem správnosť údajov

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacienta

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Izjava pacienta Evropsko zdravstveno zavarovanje

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

oseb, zavarovanih v drugi državi EU ali EGP, v Švici ali Združenem kraljestvu, ki predložijo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) ali začasno nadomestno potrdilo.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Izpolnite v celoti in čitljivo.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
V Nemčiji nameravam ostati do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potrjujem, da v Nemčijo nisem vstopil/-a z namenom zdravljenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Izbrana nemška zdravstvena zavarovalnica za pomoč

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Priimek, ime pacientke/pacienta

Geburtsdatum
Datum rojstva

Anschrift im Heimatstaat
Naslov v domovini

Geschlecht / Spol

Straße, Hausnummer / Ulica, hišna št.

weiblich
ženski

PLZ, Ort / Poštna št., kraj

männlich
moški

Land / Država

divers
drugo

unbestimmt
nedoločen

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Začasni naslov v Nemčiji

oder
ali

Durchreise
Tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, družina, itd.)

Straße, Hausnummer / Ulica, hišna št.

PLZ, Ort / Poštna št., kraj

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. št./e-pošta

Reisepass
Potni list

Personalausweis
Osebna izkaznica

Nr.
Št.

Datum / Datum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potrjujem točnost svojih podatkov

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientke/pacienta

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Declaración del paciente seguro médico Europeo

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

de la persona asegurada en la UE, en países del EEE, en Suiza o en el Reino Unido que presenta una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), una tarjeta Global Health Insurance Card (GHIC) o un Certificado Provisional Sustitutorio (CPS).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Por favor, rellene por completo y de forma legible.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Tengo intención de permanecer en Alemania hasta el

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Confirmo no haber viajado a Alemania con la finalidad de recibir tratamiento.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caja de salud seleccionada en Alemania

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Apellidos, nombre de la paciente / del paciente

Geburtsdatum
Fecha de nacimiento

Anschrift im Heimatstaat
Domicilio en el país de origen

Geschlecht / sexo

weiblich
femenino

männlich
masculino

divers
diverso

unbestimmt
indeterminado

Straße, Hausnummer / Calle, número

PLZ, Ort / Código postal/Localidad

Land / País

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Dirección provisional de residencia en Alemania

oder
o

Durchreise
Tránsito

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familia etc.)

Straße, Hausnummer / Calle, número

PLZ, Ort / Código postal/Localidad

Tel.-Nr./E-Mail / No de tel./correo electrónico

Reisepass
Pasaporte

Personalausweis
Carnet de Identidad

Nr.
No

Datum / Fecha

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Confirmo que los datos facilitados anteriormente son correctos

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Firma del/de la paciente

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP, ve Švýcarsku nebo Spojeném království a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
Příjmení a jméno pacientky/pacienta

Geburtsdatum
Datum narození

Anschrift im Heimatstaat
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

Geschlecht / pohlaví

weiblich
žena

männlich
muž

divers
jiné

unbestimmt
neurčené

PLZ, Ort / PSC, obec

Land / stát

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Přechodná adresa v Německu

oder
nebo

Durchreise
tranzit

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Reisepass
cestovním
pasem

Personalausweis
občanským průkazem
Nr. č.:

Datum / Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
Podpis pacientky / pacienta

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Európai Egészségbiztosítási betegségnyilatkozat

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

az Európai Unió, illetve az EGT más országában, Svájcban vagy az Egyesült Királyságban biztosított személy részére, aki rendelkezik Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC), Global Health Insurance Card-dal (GHIC) vagy ideiglenes helyettesítő igazolással.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kijelentem, hogy nem gyógykezeltetés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
A beteg neve, utóneve

Geburtsdatum
Születési dátum

Anschrift im Heimatstaat
Magyarországi lakcíme

Straße, Hausnummer / utca, házzszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

Geschlecht / Neme

weiblich
nő

männlich
férfi

divers
egyéb

unbestimmt
határozatlan

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder
vagy

Durchreise
átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házzszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

Reisepass
útleveél

Personalausweis
személyi igazolvány

Nr.
szám

Datum / Dátum

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ezennel igazolom adataim valóságát

Unterschrift der Patientin / des Patienten
a beteg aláírása

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

Anlage 3 – Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Nationaler Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben

Anlage 3

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum

vom bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland

(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung zu einem mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen Vertragsarzt, bescheinigen Sie dies bitte auf dem Muster 6 und tragen dort „Überweisung ist vor Inanspruchnahme des mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarztes der Krankenkasse vorzulegen“ auf. Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Arzneimittelverordnung: Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

Heil- und Hilfsmittelverordnungen: Heil- und Hilfsmittelverordnungen werden auf den entsprechenden Mustern verordnet und sind durch den Patienten zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen. Tragen Sie bitte auf den Verordnungen „Leistung vorab durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung
(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Arzt/folgender Ärztin

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer (entspricht bei EU/EWR/CH/UK Europäischer Krankenversicherungskarte (EHIC) / Global Health Insurance Card (GHIC) / Provisorischer Ersatzbescheinigung (PEB))

Sonstiges

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KV.

Datum

Kassenstempel / Unterschrift