

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Declarație a pacientului Asigurarea europeană de sănătate

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

persoanei asigurate în UE, SEE sau în Elveția care posedă un card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS) 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 des behandelnden Arztes
Medicul care acordă tratamentul

Name, Vorname des Patienten
Numele și prenumele pacientului

Geschlecht
Sex

weiblich
feminin

männlich
masculin

Anschrift im Heimatstaat
Adresa în țara de origine

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*

Identität nachgewiesen durch
identificat prin

Reisepass
pașaport

Personalausweis
cartea de identitate

Nr.
nr.

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

Datum / *dată*

Unterschrift des Patienten
Semnatura pacientului

Hinweis an den Arzt

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