

# 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