

# 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.