

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Declaración del paciente seguro médico Europeo

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
de la persona asegurada en la UE, en el EEE o en Suiza, que presenta una Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) 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 des behandelnden Arztes  
Nombre del médico tratante

Name, Vorname des Patienten  
Apellido, nombre del paciente

Geschlecht  
sexo

weiblich  
femenino

männlich  
masculino

Anschrift im Heimatstaat  
Domicilio en el país de origen

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

Identität nachgewiesen durch  
Identidad comprobada por

Reisepass  
Pasaporte

Personalausweis  
Carnet de Identidad

Nr.  
No

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

Datum / Fecha

Unterschrift des Patienten  
Firma del paciente

## Hinweis an den Arzt

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