

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
della persona assicurata in un altro paese UE o un paese aderente allo Spazio Economico Europeo o in Svizzera, che presenta la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o il Certificato Sostitutivo Provvisorio.

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 des behandelnden Arztes  
Nome del medico curante

Name, Vorname des Patienten  
Cognome e nome del/della paziente

Geschlecht  
Sesso  
 weiblich  
femminile  männlich  
maschile

Anschrift im Heimatstaat  
Indirizzo nel paese di residenza

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

Identität nachgewiesen durch  
Identità provata presentando

Reisepass  
il passaporto

Personalausweis  
la carta d'identità

Nr.  
numero

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

Datum / Data

Unterschrift des Patienten  
Firma del/della paziente

## Hinweis an den Arzt

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