

Empfehlung zur Anwendung der
Europäischen Krankenversicherungskarte und
der Provisorischen Ersatzbescheinigung
vom
06.12.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Diese Empfehlung dient der Umsetzung der Verordnung (EG) Nummer 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nummer 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nummer 883/2004, des Abkommens über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft sowie des Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits.

§ 1 Behandlungsanspruch

- (1) Wird in Notfällen im Krankheitsfall einem Krankenhaus eine Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card – EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt, hat eine in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversicherte Person (im Folgenden: „im Ausland versicherte Person“) in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes – medizinisch notwendige Behandlung. Im Regelfall erfolgt der Nachweis des Anspruchs auf eine stationäre Krankenhausbehandlung durch den von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2 gemäß Anlage 2 des Bundesmantelvertrages – Ärzte). Der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt hat in diesem Falle bereits einer der in Satz 1 genannten Anspruchsnachweise vorgelegen. Kein Anspruch besteht, wenn die im Ausland versicherte Person zum Zweck der Behandlung nach Deutschland eingereist ist. Weiter besteht kein Anspruch auf Leistungen, die bis zu der von der Patientin/von dem Patienten ohnehin beabsichtigten Rückkehr in das Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit der/des Betroffenen zu gefährden oder ihr/sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Im Übrigen richtet sich der Leistungsumfang nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Das Krankenhaus hat die Identität der Patientin/des Patienten zu überprüfen. Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) Die im Ausland versicherte Person wählt vor Beginn der Behandlung die deutsche aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort. In der Regel wurde eine entsprechende Erklärung bereits bei der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt abgegeben, die/der die Einweisung in das Krankenhaus veranlasst hat. Diese ist dann maßgeblich. Wird im Notfall das Krankenhaus direkt aufgesucht, ist diese Erklärung dort aufzunehmen. Die im Ausland

versicherte Person ist für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an ihre Wahl gebunden.

- (4) Legt die im Ausland versicherte Person die Berechtigung nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist das Krankenhaus berechtigt und verpflichtet von dieser eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen (u. a. der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V oder nach § 116 b Absatz 6 SGB V) zu fordern.
- (5) Die im Ausland versicherte Person kann als Anspruchsnachweis eine Provisorische Ersatzbescheinigung nachreichen. Diese kann sie entweder selbst bei ihrem ausländischen zuständigen Träger anfordern oder durch eine deutsche aushelfende Krankenkasse ihrer Wahl anfordern lassen. Eine EHIC oder GHIC kann nur am Aufnahmetag oder spätestens am folgenden Arbeitstag nachgereicht werden. Auch das Krankenhaus kann die von der Patientin/dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung bitten. Hierzu übersendet es der gewählten deutschen Krankenkasse mit dem Auftrag zur Anforderung einer Anspruchsbescheinigung das von der Patientin/dem Patienten vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ nach der Anlage dieser Empfehlung sowie die Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers und die persönliche Identifikationsnummer (PIN) beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger. Ist die PIN nicht bekannt, hat das Krankenhaus ersatzweise den Geburtsort und das Geburtsland der Patientin/des Patienten anzugeben. Werden die Anspruchsbescheinigung und der Identitätsnachweis nachgereicht und liegt eine Kostenübernahmeerklärung der gewählten deutschen Krankenkasse vor, kommt eine Abrechnung nach Absatz 4 nicht in Betracht.
- (6) Absatz 4 gilt ebenfalls, wenn die im Ausland versicherte Person für das Krankenhaus erkennbar zum Zweck der Behandlung nach Deutschland eingereist ist, es sei denn, der für die versicherte Person zuständige ausländische Kostenträger hat die Behandlung vor der Inanspruchnahme ausdrücklich schriftlich genehmigt und die aushelfende deutsche Krankenkasse hat vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgegeben.

§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

- (1) Die Durchführung der Dokumentation ist nicht erforderlich, wenn die Krankenhausbehandlung auf der Basis eines von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheines (Vordruckmuster 2 gemäß Anlage 2 des Bundesmantelvertrages – Ärzte) erfolgt. Das Verfahren wurde in diesem Falle bereits von der überweisenden Vertragsärztin/dem überweisenden Vertragsarzt durchgeführt. Sollte das Krankenhaus ohne vorherige Einweisung einer Vertragsärztin/eines Vertragsarztes von einer

Patientin/einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden, ist die Dokumentation nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 durchzuführen.

- (2) Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt durch eine Fotokopie der EHIC, der GHIC oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung. Das Krankenhaus bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme auf der Fotokopie durch Datum, Unterschrift und Krankenhausstempel.
- (3) Vor Durchführung der Behandlung hat die im Ausland versicherte Person die *„Erklärung der im EU-/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 vorlegt“* (Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ nach der Anlage dieser Empfehlung) auszufüllen und zu unterschreiben. Das Krankenhaus achtet lediglich auf Plausibilität und Vollständigkeit der Angaben. Es wird empfohlen, entsprechend auch in den Fällen nach § 1 Absatz 4 zu verfahren.
- (4) Die Originalfassung der Erklärung nach Absatz 3 und die Fotokopie der EHIC, der GHIC oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Die Kopie der Erklärung nach Absatz 3 und die Zweitkopie der EHIC, der GHIC oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung verbleiben beim Krankenhaus. Das Krankenhaus ist verpflichtet, diese zwei Jahre aufzubewahren.

§ 3 Abrechnung

- (1) Das Krankenhaus rechnet die nach § 1 Absatz 1 erbrachten Leistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse ab, die die im Ausland versicherte Person als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Gleiches gilt auch in den Fällen des § 1 Absatz 6 2. Halbsatz, in denen die geplante Behandlung vom zuständigen ausländischen Kostenträger genehmigt wurde und die aushelfende deutsche Krankenkasse vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.
- (2) Die Abrechnung gegenüber der deutschen Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.
- (3) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten EHIC, GHIC bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben der im Ausland versicherten Person erfolgte, erhält das Krankenhaus gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse von dieser eine Vergütung nach Absatz 1, es sei denn, das Krankenhaus hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

§ 4 Verlegung

- (1) Erweist sich die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus als notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse mit.
- (2) Für das weiterbehandelnde Krankenhaus gelten die Regelungen der §§ 1 bis 3 mit Ausnahme des § 1 Absatz 3. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die aushelfende deutsche Krankenkasse, die von der im Ausland versicherten Person gewählt wurde.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 01.01.2022 in Kraft.

§ 6 Kündigung

Diese Empfehlung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres von jedem Vertragspartner schriftlich gekündigt werden.

Anlage:

- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Englisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Bulgarisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Dänisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Französisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Griechisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Italienisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Kroatisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Niederländisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Polnisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Rumänisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Polnisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Tschechisch, Stand: 11/2021)
- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (Ungarisch, Stand: 11/2021)

Berlin, 06.12.2021



GKV-Spitzenverband, Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, in Switzerland or in the United Kingdom submitting a European Health Insurance Card (EHIC), a Global Health Insurance Card (GHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund**

**Name des Krankenhauses
Name of the hospital**

**Name, Vorname des Patienten
Surname and forname of the patient**

**Geschlecht
Sex**

weiblich
female

männlich
male

divers
other

unbestimmt
unspecified

**Anschrift im Heimatstaat
Address in home country**

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.No/e-mail

oder **Durchreise
Passing through**

**Identität nachgewiesen durch
Identity documented by**

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr.
No. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
Patient's signature

Hinweis an das Krankenhaus

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

на лице, осигурено в страна от ЕС или ЕИП, в Швейцария или Обединеното кралство, което представя **Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), Global Health Insurance Card (GHIC) или Удостоверение за временно заместване (УВЗ).**

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Възнамерявам да пребивавам в Германия до в Германия

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса

Name des Krankenhauses
име на болницата

Name, Vorname des Patienten
Фамилия, име на пациента

Geschlecht
Пол

weiblich
 женски

männlich
 мъжки

divers
 различен

unbestimmt
 неуточнен

Anschrift im Heimatstaat
Адрес в държавата по произход
 Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Временен адрес на пребиваване в Германия

oder
или

Durchreise
транзитно преминаване

s/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и т.н.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tel.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

Identität nachgewiesen durch
Установена самоличност чрез

Reisepass
 паспорт

Personalausweis
 лична карта

Nr.
№ -----

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Потвърждавам верността на дадените от мен данни

Datum / Дата

Unterschrift des Patienten
 Подпис на пациента

Hinweis an das Krankenhaus
 Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patienterklæring Europæisk Sygesikring

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land, i Schweiz eller i Det Forenede Kongerige, og som forelægger et europæisk sygesikringskort (EHIC), et Global Health Insurance Card (GHIC) eller et provisorisk erstatningsbevis (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Udfyldes fuldstændigt og let læseligt.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Jeg agter at opholde mig i Tyskland frem til den

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Jeg bekræfter, at jeg ikke er rejst til Tyskland med det formål at komme i behandling.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 valgte tyske sygesikring

Name des Krankenhauses
 Sygehusets navn

Name, Vorname des Patienten
 patientens efternavn og fornavn

Geschlecht
 køn

weiblich
 kvind

männlich
 mand

divers
 andet

unbestimmt
 ikke-binær

Anschrift im Heimatstaat
 adresse i hjemlandet

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Land / land

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 midlertidig opholdsadresse i Tyskland

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familie etc.)

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

PLZ, Ort / postnummer, by

Tel.-Nr./E-Mail / tf.-nr., e-mail

oder
 eller

Durchreise
 på gennemrejse

Identität nachgewiesen durch
 identitet dokumenteret med

Reisepass
 pas

Personalausweis
 legitimationskort

Nr.
 nr. -----

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Jeg bekræfter rigtigheden af mine oplysninger

Datum / dato

Unterschrift des Patienten
 patientens underskrift

Hinweis an das Krankenhaus
 Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE, en Suisse ou au Royaume-Uni qui présente une **carte européenne d'assurance maladie (CEAM)**, une **Global Health Insurance Card (GHIC)** ou un **certificat provisoire de remplacement (CPR)**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Veuillez remplir entièrement et lisiblement.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
J'ai l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Je confirme que je ne me suis pas rendu(e) en Allemagne aux fins d'y suivre un traitement.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Caisse maladie allemande choisie comme Intermédiaire**

**Name des Krankenhauses
Nom de l'hôpital**

**Name, Vorname des Patienten
Nom, prénom du patient**

**Geschlecht
sexe**

weiblich
féminin

männlich
masculin

divers
autre

unbestimmt
indéterminé

**Anschrift im Heimatstaat
Adresse dans le pays d'origine**
Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Land / Pays

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adresse temporaire de séjour en Allemagne**

oder **Durchreise
de passage**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hôtel, famille etc.)

Straße, Hausnummer / Rue, N°

PLZ, Ort / Code postal, ville

Tel.-Nr./E-Mail / N° de téléphone/adresse e-mail

**Identität nachgewiesen durch
Identité prouvée par**

**Reisepass
Passeport**

**Personalausweis
Carte d'identité**

Nr. N°

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Je confirme l'exactitude des renseignements fournis

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
Signature du patient

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ, στην Ελβετία ή στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο οποίος / η οποία υποβάλλει Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), την κάρτα Global Health Insurance Card (GHIC) ή Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο ευανάγνωστα και πλήρως.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Σκοπεύω να μείνω στη Γερμανία μέχρι τις

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Βεβαιώνω ότι δεν ταξίδεψα στη Γερμανία με σκοπό τη θεραπευτική αγωγή.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Επιλεγθέν γερμανικό επικουρικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας

Name des Krankenhauses
Όνομα του Νοσοκομείου

Name, Vorname des Patienten
Επώνυμο, όνομα του ασθενή

Geschlecht
Φύλλο

weiblich
θηλυ

männlich
άρρεν

divers
διάφορο

unbestimmt
ακαθόριστο

Anschrift im Heimatstaat
Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης
Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Land / Χώρα

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία

oder Durchreise
ή Διέλευση από τη χώρα

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o(Ξενοδοχείο, οικογένεια κ.ά.)

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / Τ.Κ., πόλη

Tel.-Nr./E-Mail / Αρ.τηλ./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Απόδειξη ταυτότητας μέσω

Reisepass
διαβατηρίου

Personalausweis
αστυνομικής ταυτότητας

Nr.
Αρ.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που δήλωσα είναι ορθά

Datum / Ημερομηνία

Unterschrift des Patienten
Υπογραφή του ασθενή

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Dichiarazione del paziente Assicurazione malattia europea**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

della persona assicurate in un altro paese UE, in un paese aderente allo Spazio Economico Europeo, in Svizzera o nel Regno Unito, che presenta la **Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)**, la **Global Health Insurance Card (GHIC)** o il **Certificato Sostitutivo Provvisorio**.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Si prega di compilare il modulo 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 Krankenhauses
Nome dell'ospedale

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

Geschlecht
Sesso

weiblich
femminile

männlich
maschile

divers
diverso

unbestimmt
indeterminato

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 das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Izjava pacijenta Europsko zdravstvo osiguranje

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba, osigurana u EU, odnosno u inozemstvu na prostoru Europskog gospodarstva, u Švicarskoj ili u Ujedinjenom Kraljevstvu, koja prilaže Europsku karticu zdravstvenog osiguranja (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) ili Privremeno uvjerenje kao nadomestak za zdravstveno osiguranje (PEB).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Molimo da potpuno ispunite tiskanicu čitkim slovima.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Namjeravam boraviti u Njemačkoj do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrđujem da nisam doputovao/la u Njemačku u svrhu liječenja.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Izabrano njemačko zdravstveno osiguranje, koje pruža usluge kao ispomoć

Name des Krankenhauses
Ime bolnice

Name, Vorname des Patienten
Prezime, ime pacijenta

Geschlecht
Spol

weiblich
žensko

männlich
muško

divers
diverzno

unbestimmt
neodređeno

Anschrift im Heimatstaat
Adresa u domovini

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Land / država

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
privremena adresa boravka u Njemačkoj

c/o (Hotel, Familie etc.) / kod (hotel, obitelj itd.)

oder
ili Durchreise
putovanje u tranzitu

Straße, Hausnummer / ulica, kućni broj

PLZ, Ort / poštanski broj, mjesto

Tel.-Nr./E-Mail / telefonski broj:/mail

Identität nachgewiesen durch
Identitet dokazan po

Reisepass
putovnici

Personalausweis
osobnoj iskaznici

Nr.
br.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrđujem ispravnost mojih navoda

Datum / datum

Unterschrift des Patienten
potpis pacijenta

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk **en een Europese gezondheidskaart (EHIC-pas), een Global Health Insurance Card (GHIC) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.**

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Ik ben van plan om t/m _____ in Duitsland te verblijven.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Bemiddelende Duitse zorgverzekering**

Name des Krankenhauses
Naam van het ziekenhuis

Name, Vorname des Patienten
Naam, voornaam van de patiënt

**Geschlecht
Geslacht**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> weiblich
vrouwelijk | <input type="checkbox"/> männlich
mannelijk |
| <input type="checkbox"/> divers
divers | <input type="checkbox"/> unbestimmt
non-binair |

Anschrift im Heimatstaat
Adres in land van oorsprong
Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

oder
of Durchreise
doorreis

c/o (Hotel, Familie etc.) / p.a. (hotel, familie etc.)

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.nr./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identiteit aangetoond door

Reisepass
paspoort

Personalausweis
identiteitskaart

Nr.
nr. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Datum / Datum

Unterschrift des Patienten
Handtekening van de patiënt

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG, Szwajcarii lub Zjednoczonym Królestwie, legitymującego się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), Global Health Insurance Card (GHIC) lub Certyfikatem Zastępczym

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Proszę wypełnić formularz w sposób pełny i czytelny.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Zamierzam pozostać w Niemczech do dnia

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Oświadczam, że nie przybyłem(am) do Niemiec w celu otrzymania leczenia.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Wybrana niemiecka kasa chorych

Name des Krankenhauses
Nazwa szpitala

Name, Vorname des Patienten
Nazwisko i imię pacjenta

Geschlecht
Płeć

weiblich
żeńska

männlich
męska

divers
inter

unbestimmt
nieokreślona

Anschrift im Heimatstaat
Adres w państwie pochodzenia

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Land / Państwo

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Adres pobytu czasowego w Niemczech

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodzina państwa itp.)

oder Durchreise
lub Przejazd tranzytem

Straße, Hausnummer / Ulica, numer domu

PLZ, Ort / Kod pocztowy, miejscowość

Tel.-Nr./E-Mail / tel./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Tożsamość potwierdzona

Reisepass
paszportem

Personalausweis
dowodem osobistym

Nr. nr

Datum / Data

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Unterschrift des Patienten
Podpis pacjenta

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Declaratie a pacientului Asigurarea europeană de sănătate**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

persoanei asigurate în UE, SEE, în Elveția sau în Regatul Unit care posedă un **card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS), Global Health Insurance Card (GHIC) 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 Krankenhauses
Numele spitalului

Name, Vorname des Patienten
Numele și prenumele pacientului

Geschlecht
Sex

weiblich
feminin

männlich
masculin

divers

unbestimmt
nedefinit

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 das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Declaración del paciente seguro médico Europeo**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

de la persona asegurade en la UE, en países del EEE, en Suiza o en el Reino Unido que presenta una **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)**, una tarjeta **Global Health Insurance Card (GHIC)** 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 Krankenhauses
Nombre del hospital

Name, Vorname des Patienten
Apellido, nombre del paciente

Geschlecht
sexo

weiblich
femenino

männlich
masculino

divers
diverso

unbestimmt
indefinido

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 Durchreise
o **Tránsito**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, familia etc.)

Straße, Hausnummer / Calle, número

PLZ, Ort / Códice 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 das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP, ve Švýcarsku nebo Spojeném království a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC), britského průkazu Global Health Insurance Card (GHIC) nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Prosíme o úplné a čitelné vyplnění údajů.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Předpokládám, že budu v Německu pobývat do

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Potvrzuji tímto, že jsem do Německa nepřicestoval/a za účelem lékařského ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Vybraná německá zdravotní pojišťovna pro případ nutného ošetření

Name des Krankenhauses
Označení nemocnice

Name, Vorname des Patienten
Příjmení, jméno pacienta

Geschlecht
pohlaví

weiblich
žena

männlich
muž

divers
jiné

unbestimmt
nejednoznačné

Anschrift im Heimatstaat
Adresa trvalého bydliště

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Land / stát

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Přechodná adresa v Německu

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, rodina, atd.)

oder
nebo Durchreise
tranzit

Straße, Hausnummer / ulice, popisné č.

PLZ, Ort / PSC, obec

Tel.-Nr./E-Mail / tel. č./e-mail

Identität nachgewiesen durch
totožnost doložena

Reisepass
cestovním pasem

Personalausweis
občanským průkazem

Nr.
č.:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Potvrzuji, že jsou moje údaje správné

Datum / Datum

Unterschrift des Patienten
Podpis pacienta

Hinweis an das Krankenhaus

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Európai Egészségbiztosítási betegnyilatkozat**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

az Európai Unió, illetve az EGT más országában, Svájcban vagy az Egyesült Királyságban biztosított, **Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC), Global Health Insurance Card-dal (GHIC) vagy Ideiglenes helyettesítő igazolással (PEB) rendelkező** személy részére.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Kérjük hiánytalanul és olvashatóan töltsé ki.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
Németországi tartózkodásom tervezett befejezése

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
Kijelentem, hogy nem gyógykezeltetés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name des Krankenhauses
A kórház neve

Name, Vorname des Patienten
A beteg családi és utóneve

Geschlecht
Neme

weiblich
nő

männlich
férfi

divers
egyéb

unbestimmt
meghatározatlan

Anschrift im Heimatstaat
Magyarországi lakcíme
Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Land / ország

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Ideiglenes tartózkodási címe Németországban

oder
vagy Durchreise
átutazó

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (szálloda, család, stb.)

Straße, Hausnummer / utca, házszám

PLZ, Ort / postai irányítószám, település

Tel.-Nr./E-Mail / telefonszám, E-mail

Identität nachgewiesen durch
Személyi azonosságát igazolta

Reisepass
útleveél

Personalausweis
személyi igazolvány

Nr.
szám

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
Ezennel igazolom adataim valódságát

Datum / Dátum

Unterschrift des Patienten
a beteg aláírása

Hinweis an das Krankenhaus
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.