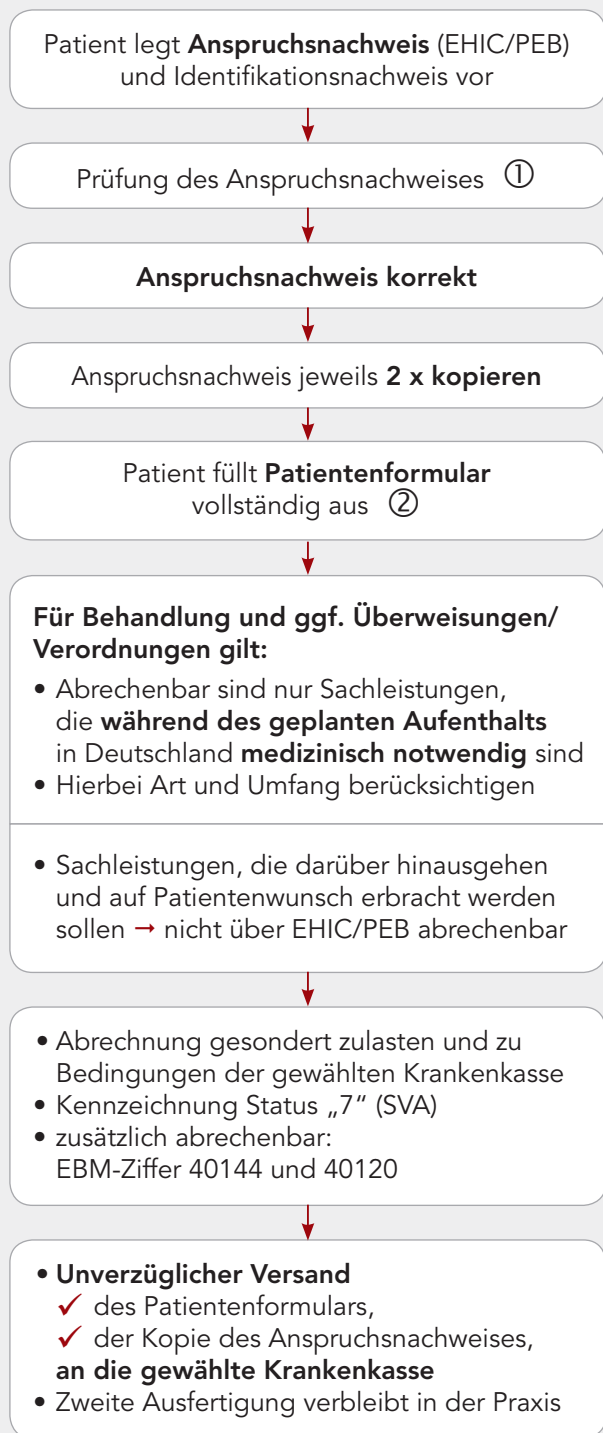


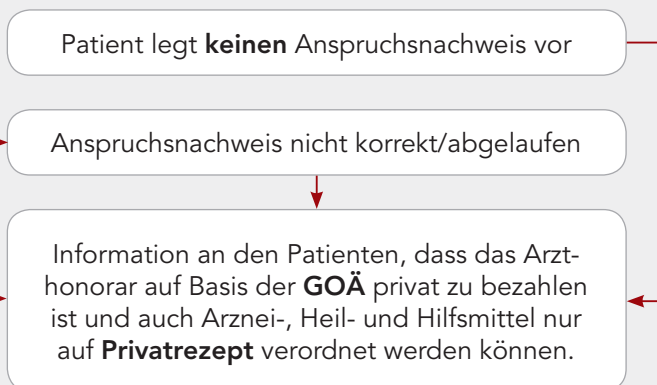
Verfahrenshinweise im Umgang mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB)



HINWEISE:

- Arztstempel und Unterschrift auf Kopien nicht vergessen!
- Ausstellungsdatum = erster Behandlungstag!
- Aufenthaltsdauer bei Folgeleistungen (Arzneimittelrezept, Verordnungen, Überweisungen) beachten!
- Bei Ausstellung von Überweisungen zur Mit-/Weiterbehandlung → Aufenthaltsdauer mit angeben!

Stand: Oktober 2018



① Muster EHIC



② Patientenformular im PVS

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU-, bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Please read the instructions carefully. 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 einreise bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte assistierende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund []

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name []

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient [] Geschlecht
Sex weiblich female männlich male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country
Street, house number / Street, house no. []
PLZ, Ort / Postal code, city []
Land / Country []

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany
(z.B. Hotel, Familie etc.) / (e.g. Hotel, family etc.) or Durchreisende
Passing through
Street, house number / Street, house no. []
PLZ, Ort / Postal code, city []
Str. Nr. / St. / St. No. / St. no. []

Identität nachgewiesen durch
Identity documented by Reisepass
Passport No. [] Personalausweis
ID card 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 den Arzt
Die Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Vom Patienten auszufüllen:

1. Aufenthaltsdauer; 2. Gewählte Krankenkasse;
3. Name behandelnder Arzt; 4. Name Patient;
5. Heimat-Adresse; 6. Tagesdatum; 7. Unterschrift