

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin**

– einerseits –

und

**der GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin,**

– andererseits –

**Vereinbarung  
zur Anwendung der europäischen  
Krankenversicherungskarte  
vom 1. Juli 2004  
in der Fassung vom 1. Oktober 2017**

Präambel.....	3
§ 1 Behandlungsanspruch.....	3
§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten .....	4
§ 2a Digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ .....	5
§ 3 Abrechnung.....	5
§ 4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.....	5
§ 7 Inkrafttreten .....	6
§ 8 Kündigung .....	6
Protokollnotiz.....	7
Anlage 1 – Konkretisierung zur Erzeugung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ .....	8
Anlage 2 –Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ .....	9

## **Präambel**

Diese Vereinbarung dient der Umsetzung der Verordnung (EG) Nr. 883/04 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/09 des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/04.

## **§ 1 Behandlungsanspruch**

- (1) Bei Vorlage einer europäischen Krankenversicherungskarte oder einer provisorischen Ersatzbescheinigung hat ein im Ausland Versicherter bei einem Vertragsarzt Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes – medizinisch notwendige Behandlung. Kein Anspruch besteht, wenn der Versicherte zum Zweck der ärztlichen Behandlung nach Deutschland eingereist ist. Weiter besteht kein Anspruch auf Leistungen, die bis zu der vom im Ausland Versicherten ohnehin beabsichtigten Rückkehr in sein Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Im Übrigen richtet sich der Leistungsumfang nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Die Inanspruchnahme von Dialysebehandlung oder Sauerstofftherapie oder einer anderen lebenswichtigen medizinischen Behandlung, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar ist oder in Einrichtungen, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind, kann von einer vorherigen Vereinbarung zwischen dem im Ausland Versicherten und der die medizinische Leistung erbringenden Einrichtung abhängig gemacht werden, um sicherzustellen, dass die Behandlung während des vorübergehenden Aufenthaltes des im Ausland Versicherten in Deutschland verfügbar ist.<sup>1</sup>
- (3) Der Vertragsarzt hat die Identität des im Ausland Versicherten zu überprüfen. Als Identitätsnachweis gelten der Personalausweis oder der Reisepass.
- (4) Der im Ausland Versicherte wählt vor Beginn der Behandlung eine nach deutschem Recht (§ 173 Absatz 2 Satz 1 SGB V) wählbare aushelfende Krankenkasse. Der Versicherte ist für die gesamte Dauer der Behandlung an diese Wahl gebunden.
- (5) Legt der im Ausland Versicherte die Berechtigung nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem unmittelbar eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. Der Versicherte kann als Anspruchsnachweis eine provisorische Ersatzbescheinigung nachreichen. Diese kann er entweder selbst bei seinem ausländischen zuständigen Träger anfordern oder durch eine deutsche Krankenkasse seiner Wahl anfordern lassen. Wird eine gültige provisorische Ersatzbescheinigung innerhalb der nach § 18 Absatz 9 BMV-Ä vorgesehenen Frist vorgelegt, ist die

---

<sup>1</sup> Diese Bestimmung dient der Umsetzung des Artikels 19 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/04 entsprechend dem Beschluss Nr. S3 der Verwaltungskommission vom 12. Juni 2009 (ABl. C 106/40 vom 24.04.2010).

vom im Ausland Versicherten gezahlte Vergütung zurückzuzahlen. Abweichend von Satz 4 kann spätestens im Laufe des nächsten Arbeitstages eine EHIC nachgereicht werden.

- (6) Absatz 5 Satz 1 gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für den Vertragsarzt erkennbar in die Bundesrepublik Deutschland begeben hat, um eine ärztliche Behandlung zu erhalten, es sei denn, der für den Versicherten zuständige ausländische Kostenträger hat die Behandlung mit Formular S2 oder E 112 vor der Inanspruchnahme ausdrücklich genehmigt und die aushelfende deutsche Krankenkasse hat einen entsprechenden Abrechnungsschein (Muster 5 Anlage 2/2a zum BMV-Ä) ausgestellt. Wendet sich der im Ausland Versicherte mit Formular S2 oder E 112 direkt an den Vertragsarzt, ist er zunächst an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen. Eine nach GOÄ im Sinne von Absatz 5 Satz 1 geforderte Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn der im Ausland Versicherte innerhalb der nach § 18 Abs. 9 BMV-Ä vorgesehenen Frist einen von der gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse ausgestellten gültigen Abrechnungsschein vorlegt.

### **§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten**

- (1) Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs werden die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung kopiert. Die Dokumentation erfolgt mindestens einmal innerhalb von drei Monaten. Dabei ist die EBM-Ziffer 40144 abrechnungsfähig. Der Vertragsarzt bescheinigt die Übereinstimmung der Daten auf der Kopie mit denen auf der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung durch Datum, Unterschrift und Arztstempel.
- (2) Vor Durchführung der Behandlung hat der im Ausland Versicherte die „Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland“ (Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ der Anlage 2 dieser Vereinbarung) auszufüllen und zu unterschreiben. Eine Kopie dieser Erklärung verbleibt beim Vertragsarzt. Der Vertragsarzt achtet auf Vollständigkeit der Angaben. Dies gilt auch in den Fällen nach § 1 Absatz 5 Satz 1. In diesen Fällen ist das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (Anlage 2) vom Vertragsarzt bis zum Ende der im BMV-Ä vorgesehenen Frist aufzubewahren. Ist die Dokumentation (Kopie von europäischer Krankenversicherungskarte oder provisorischer Ersatzbescheinigung) erneut durchzuführen (vgl. Absatz 1), ist auch ein neues Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auszufüllen und zu unterschreiben.
- (3) Die Kopien der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Originalfassung der Erklärung sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Dabei ist die Gebührenordnungsposition 40120 EBM abrechnungsfähig. Die Zweitkopien bzw. die Durchschrift verbleiben beim Vertragsarzt. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Durchschrift der Erklärung und die Zweitkopien der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung zwei Jahre aufzubewahren.

**§ 2a Digitale Bereitstellung des Formulars  
„Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“**

- (1) Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (Anlage 2), welches verschiedene europäische Sprachen enthält, wird dem Vertragsarzt als Formularvordruck digital zum Abruf im Praxisverwaltungssystem als ausdrucksfähiges Dokument für den Nutzer zur Verfügung gestellt.
- (2) Der sprachlich relevante Teil des Formulars ist durch den Vertragsarzt auf weißem Papier in schwarzer Druckfarbe zu erstellen. Hierbei kann auch beim Vertragsarzt vorhandenes Sicherheitspapier nach 1.1.10 Anlage 2a zum BMV-Ä verwendet werden.
- (3) Das Praxisverwaltungssystem des Vertragsarztes muss von der KBV in Bezug auf die digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ zertifiziert sein. Das Nähere zur Zertifizierung ergibt sich aus den jeweils aktuellen Richtlinien der Softwarezertifizierung der KBV. Die KBV kann für die Zertifizierung Gebühren erheben.

**§ 3 Abrechnung**

- (1) Der Vertragsarzt rechnet die nach § 1 Abs. 1 erbrachten Leistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Leistungen sind mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Vertragsarzt ist.
- (2) Die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ä bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des im Ausland Versicherten. Zusätzlich ist im Feld „Status“ durch die Übermittlung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) zu dokumentieren, dass es sich um einen EWR/CH-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage zur Anlage 4a BMV-Ä.
- (3) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält der Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine Vergütung nach Absatz 1 Satz 2, es sei denn, der Vertragsarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

**§ 4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln**

- (1) Arzneimittel dürfen für Rechnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse nur verordnet werden, wenn die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 vorliegen und das Arzthonorar der Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist. Dabei ist das vereinbarte Verordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 2/2a zum BMV-Ä) zu verwenden. Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Arzneiverordnungsblatt sind Name, Vorname und Geburtsdatum des im Ausland Versicherten sowie die Informationen (Name und Institu-

tionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist auf dem Rezept durch Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um ein EWR/CH-Behandlungsfall handelt. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln auf den entsprechenden Mustern 8, 8a, 13, 14, 15, 18 der Anlage 2/2a zum BMV-Ä. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a zum BMV-Ä.

- (2) Wird dem im Ausland Versicherten das Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

### **§ 5 Überweisungen**

- (1) Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt als notwendig, sind vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Überweisungsschein (Muster 6 der Anlage 2/2a zum BMV-Ä) die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist durch die Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Position 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a zum BMV-Ä.
- (2) Für den weiterbehandelnden Vertragsarzt gelten die Regelungen der §§ 1 bis 3 mit Ausnahme des § 1 Absatz 4. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die beim erstbehandelnden Vertragsarzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse. § 2 kommt dann nicht zur Anwendung, wenn der Vertragsarzt nicht persönlich durch den Versicherten in Anspruch genommen wird.

### **§ 6 Verordnung von Krankenhausbehandlung**

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, ist vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Muster 2 der Anlage 2/2a zum BMV-Ä) der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und das dazugehörige Institutionskennzeichen aufzutragen. Zusätzlich ist durch Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Position 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Behandlungsfall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a zum BMV-Ä.

### **§ 7 Inkrafttreten**

Die Vereinbarung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft.

### **§ 8 Kündigung**

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

**Protokollnotiz**

Zu den Inhalten der Anlage 20 erstellen GKV-SV, DVKA und KBV gemeinsam eine Information für die Arztpraxen und eine Information für die Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Anlage 1 – Konkretisierung zur Erzeugung des Formulars  
„Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“**

1. Das Formular Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ist mittels zertifizierter Software und eines Druckers vom Vertragsarzt selbst in der Praxis zu erzeugen.
2. Jede für die Abrechnung zertifizierte Software ist verpflichtet, das Formular Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung als ausdrucksfähiges Dokument für den Nutzer vorzuhalten.
3. Bei der Herstellung des Formulars Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ist als Druckvorlage ausschließlich das verbindliche Formular zu verwenden; dabei ist sicherzustellen, dass sich gegenüber den Vorgaben im Inhalt, in der Gestaltung, Abmessung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben. Eine Toleranz von +/- 1 mm bei der Herstellung der Vordrucke ist einzuhalten. Für den Ausdruck des Formulars Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ist ausschließlich schwarze Farbe zu verwenden.
4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt den Softwarehäusern zeitgleich mit den Informationen über die Änderungen bestehender Formulare bzw. der Neueinführung von Formularen die entsprechenden Informationen für das Formular Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung.
5. Die Prüfnummer der zertifizierten Software ist (KBV-PRF.NR.). Diese ist am unteren rechten Formularrand des in Anlage 2 enthaltenen Formularmusters anzugeben.



**Anlage 2 –Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“**

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

на лице, осигурено в страна от ЕС респ. от ЕИП или в Швейцария, което представя Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) 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

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, Vorname des Patienten**  
**Фамилия, име на пациента**

**Geschlecht**  
**Пол**

weiblich  
ЖЕНСКИ

männlich  
МЪЖКИ

**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**

c/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 den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Patienterklæring Europæisk Sygesikring

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

**Patienterklæring Europæisk Sygesikring** for en person, der er forsikret i et EU- eller EØS-land eller i Schweiz, og som forelægger et **europæisk sygesikringskort (EHIC) 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, Vorname des Patienten**  
**patientens efternavn og fornavn**

---

**Geschlecht**  
**køn**

weiblich  
kvind

männlich  
mand

**Anschrift im Heimatstaat**  
**adresse i hjemlandet**

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

---

PLZ, Ort / postnummer, by

---

Land / land

---

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**midlertidig opholdsadresse i Tyskland**

oder  
eller

**Durchreise**  
**på gennemrejse**

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

---

Straße, Hausnummer / gade, husnummer

---

PLZ, Ort / postnummer, by

---

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

---

**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 den Arzt

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

# 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).

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, Vorname des Patienten  
Surname and forename of the patient

Geschlecht  
Sex

weiblich  
female

männlich  
male

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

oder  
or

Durchreise  
Passing through

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

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 den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Déclaration du Patient Assurance Maladie Européenne

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

de la personne assurée dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse et qui présentant une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) 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, Vorname des Patienten**  
**Nom, prénom du patient**

**Geschlecht**  
**sexe**

weiblich  
féminin

männlich  
masculin

**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  
ou

**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 den Arzt**

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Δήλωση ασθενούς Ευρωπαϊκή ασφάλιση ασθενείας

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

του ασφαλισμένου/της ασφαλισμένης στο εξωτερικό σε χώρα της ΕΕ, του ΕΟΧ ή στην Ελβετία, ο οποίος / η οποία υποβάλλει ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) 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, Vorname des Patienten**  
**Επώνυμο, όνομα του ασθενή**

**Geschlecht**  
**Φύλλο**

weiblich  
θήλυ

männlich  
άρρεν

**Anschrift im Heimatstaat**  
**Διεύθυνση στην χώρα προέλευσης**

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., πόλη

Land / Χώρα

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland**  
**Προσωρινή διεύθυνση διαμονής στη Γερμανία**

oder  
ή

**Durchreise**  
**Διέλευση από τη χώρα**

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

Straße, Hausnummer / Οδός, αριθμός

PLZ, Ort / T.K., 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 den Arzt

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

# 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, 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.

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Izjava pacijenta Europsko zdravstveno osiguranje

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba, osigurana u EU, odnosno u inozemstvu na prostoru Europskog gospodarstva ili u Švicarskoj, koja prilaže Europsku karticu zdravstvenog osiguranja (EHIC) 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, Vorname des Patienten  
 prezime, ime pacijenta

Geschlecht  
 spol

weiblich  
 žensko

männlich  
 muško

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

oder  
 ili

Durchreise  
 putovanje u tranzitu

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

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 den Arzt

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



# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland en een Europese gezondheidskaart (EHIC-pas) 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, Vorname des Patienten  
Naam, voornaam van de patiënt

Geschlecht  
Geslacht

weiblich  
vrouwelijk  männlich  
mannelijk

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 den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG lub w Szwajcarii, legitymującego się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) 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, Vorname des Patienten  
Nazwisko i imię pacjenta

Geschlecht  
Płeć

weiblich  
żeńska

männlich  
męska

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

oder  
lub

Durchreise  
Przejazd tranzytem

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

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

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

Datum / Data

Unterschrift des Patienten  
Podpis pacjenta

### Hinweis an den Arzt

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

# 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, 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.

# 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, 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.

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Prohlášení pacienta Evropské zdravotní pojištění

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

osoba, která je pojištěna v některém ze členských států EU, resp. EHP nebo ve Švýcarsku a je držitelem Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC) 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, Vorname des Patienten**  
**Příjmení, jméno pacienta**

**Geschlecht**  
**pohlaví**

weiblich  
žena

männlich  
muž

**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**

oder  
nebo

**Durchreise**  
**tranzit**

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

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 den Arzt

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

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

## Európai Egészségbiztosítási betegnyilatkozat

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

az Európai Unióban, illetve az EGT-ben vagy Svájcban biztosított, Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EHIC) vagy ideiglenes kártyával (IK) 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 gyógykezelés céljából érkeztem Németországba.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár

Name, Vorname des Patienten  
A beteg családi és utóneve

Geschlecht  
Neme

weiblich  
nő

männlich  
férfi

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 valóságát

Datum / Dátum

Unterschrift des Patienten  
a beteg aláírása

### Hinweis an den Arzt

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