

**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 2018**

|  |    |
|--|----|
| Präambel.....  | 3  |
| § 1 Behandlungsanspruch.....   | 3  |
| § 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten .....   | 4  |
| § 2a Digitale Bereitstellung des Formulars „Patientenerklärung Europäische<br>Krankenversicherung“ .....             | 5  |
| § 3 Abrechnung.....  | 5  |
| § 4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.....  | 6  |
| § 7 Inkrafttreten .....  | 7  |
| § 8 Kündigung .....  | 7  |
| Protokollnotiz.....  | 7  |
| Anlage 1 – Konkretisierung zur Erzeugung des Formulars „Patientenerklärung<br>Europäische Krankenversicherung“ ..... | 8  |
| Anlage 2 –Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ .....  | 9  |
| Anlage 3 –Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“ .....  | 23 |

## **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 Parlaments 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 Aufenthalts 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 aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort. 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 vom im Ausland Versicherten gezahlte Vergütung zurückzuzahlen. Abweichend

---

<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).

von Satz 4 kann spätestens im Laufe des nächsten Arbeitstages eine EHIC nachgereicht werden.

- (6) Absatz 5 Satz 1 gilt auch, wenn sich der im Ausland 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 eine entsprechende Bescheinigung (Anlage 3) 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 Nationalen Anspruchsnachweis 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. Dabei ist die EBM-Ziffer 40144 abrechnungsfähig. In dem besonderen Ausnahmefall der ambulanten Versorgung vor Ort durch einen Arzt im vertragsärztlichen fahrenden Notdienst werden, sofern keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung formlos händisch erfasst. Dabei müssen folgende Angaben der europäischen Krankenversicherungskarte erfasst werden: Herkunftsland sowie jeweils unter Angabe der zugehörigen Ordnungsnummer (3. bis 9.): Vor- und Nachname des Versicherten, Geburtsdatum, Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers, Kennnummer der Karte und Ablaufdatum. Wird eine provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt, ist zusätzlich die Gültigkeitsdauer der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie deren Ausgabedatum zu erfassen. 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. Bei händischer Erfassung ist entsprechend zu verfahren. Die Dokumentation erfolgt mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.
- (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 oder die im Ausnahmefall gem. Absatz 1 händisch erfassten Daten 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 verbleiben beim Vertragsarzt. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Kopie der Erklärung und die Zweitkopien oder händisch erfassten Daten 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 Institutionskennzeichen) 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“ / Druck-

zeile 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 (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 des behandelnden Arztes  
 име на лекуващия лекар

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 des behandelnden Arztes  
Navnet på den behandlende læge

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 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**

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 des behandelnden Arztes  
Nom du médecin traitant

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 des behandelnden Arztes  
Όνομα του θεράποντος ιατρού

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 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.

# 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 des behandelnden Arztes  
Ime liječnika koji liječi

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 des behandelnden Arztes  
Naam van de behandelend arts

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 des behandelnden Arztes  
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego

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 des behandelnden Arztes  
Medicul care acordă tratamentul

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 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.

# 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 des behandelnden Arztes  
Jméno ošetřujícího lékaře

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.:

Datum / Datum

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

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 gyógykezeletés céljából érkeztem Németországba.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse**  
**Választott kiegészítő német betegbiztosító pénztár**

Name des behandelnden Arztes  
A kezelőorvos neve

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.

**Anlage 3 –Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“**

# Nationaler Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben

## Anlage 3

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum

vom 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 bis 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht \_\_\_\_\_

### Leistungsumfang in Deutschland

*(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)*

**Überweisung:** Eine unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt, bescheinigen Sie dies bitte auf einem Rezept (Muster 16). Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

**Arzneimittelverordnung:** Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

**Heil- und Hilfsmittelverordnungen:** Heil- und Hilfsmittelverordnungen werden auf den entsprechenden Mustern verordnet und sind durch den Patienten zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen. Tragen Sie bitte auf den Verordnungen „Leistung vorab durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei  chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung  
*(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)*

\_\_\_\_\_

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Arzt/folgender Ärztin

\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.  
Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KV.

Datum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Kassenstempel / Unterschrift