

**Vordruck "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung"**

Englisch

**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 ausführende 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  Durchreise  
or 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.

(10.2018)

**Vordruck "Nationaler Anspruchsnachweis"**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

**Nationaler Anspruchsnachweis**  
für die Behandlung von Personen,  
die nach über- und zwischenstaatlichen  
Vorschriften Anspruch auf vertrags-  
zahnärztliche Versorgung haben

Vertragszahnärztliche Leistungen können im Zeitraum  
von [ ] bis [ ] in Anspruch genommen werden.

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

**Leistungsumfang in Deutschland**

*(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)*

**Überweisung:** Eine unmittelbare Überweisung ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung, bescheinigen Sie dies bitte durch schriftliche Überweisung. 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.

**Heilmittelverordnung:** Heilmittel sind mit dem Vordruck 9 BMV-Z - Zahnärztliche Heilmittelverordnung - zu verordnen. Der Patient hat die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Tragen Sie bitte zusätzlich auf dem Vordruck den Hinweis „Leistung 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 Zahnarzt/folgender Zahnärztin

\_\_\_\_\_

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer

Sonstiges

\_\_\_\_\_

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

Datum  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Kassenstempel / Unterschrift

(10.2020)