

An die  
Damen und Herren  
Durchgangsärzte

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen: And/Pz  
Ansprechpartner: Matthias Hauschild  
Vanessa Gieseke  
Telefon: 030 288763-640  
030 288763-645  
E-Mail: [matthias.hauschild@dguv.de](mailto:matthias.hauschild@dguv.de)  
[vanessa.gieseke@dguv.de](mailto:vanessa.gieseke@dguv.de)  
Datum: 13.10.2017

**Rundschreiben D 23/2017**

**Patientenfragebogen  
Behandlungsanspruch von Patienten aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder einem  
Staat mit dem Deutschland ein Abkommen über soziale Sicherheit hat**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Feststellung der Personendaten und der Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland versicherten Personen bitten wir Sie, den betroffenen Patienten den entsprechenden Fragebogen (siehe beigefügte PDF-Datei in 19 Sprachen) ausfüllen zu lassen. Die deutsche Version können Sie der Anlage entnehmen.

In dem Fragebogen werden alle erforderlichen Merkmale abgefragt, damit die Standorte der Deutschen Verbindungsstelle Unfallversicherung - Ausland - die zuständigen ausländischen Träger einfacher ermitteln können.

Mit dem Fragebogen und den vollständigen Angaben im D-Bericht sowie Kopien der vorgelegten Versicherungsbescheinigungen und Personaldokumente soll dadurch die Kostenabrechnung der Leistungserbringer des jeweiligen Auslandes mit den Standorten der Deutschen Verbindungsstelle Unfallversicherung verbessert und beschleunigt werden.

Alle Informationen zum Verfahren bei im Ausland versicherten Personen betreffend die Unfallversicherung [Sachleistungsaushilfe Inland](#) und die Krankenversicherung [Vertragsärztliche Versorgung](#) finden Sie auf den entsprechenden Internetseiten.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

**Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V.**  
**Verbindungsstelle, koordinierendes über- und zwischenstaatliches Recht**

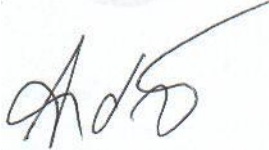
**Matthias Hauschild** Tel. +49 30 288763-640

[matthias.hauschild@dguv.de](mailto:matthias.hauschild@dguv.de)

**Vanessa Gieseke** Tel. +49 30 288763-645

[vanessa.gieseke@dguv.de](mailto:vanessa.gieseke@dguv.de)

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Andro', written over a light grey rectangular background.

Andro  
Geschäftsstellenleiter

**Anlagen**

**Zur Feststellung, ob und bei welchem Kostenträger Sie versichert sind, bitten wir Sie das Formular in Druckbuchstaben auszufüllen. Vielen Dank.**

<b>Fragen</b>	<b>Antworten</b>
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Ihre Anschrift in Ihrem Wohnstaat:	
Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:	
Name und Anschrift Ihres für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zuständigen Versicherungsträgers:	
Ihr Arbeitgeber im Ausland, der Sie nach Deutschland entsandt hat (genauer Name und vollständige Adresse):	
Unfallbetrieb und Unfallort, bei Seeleuten auch Schiffsname und Flagge unter der das Schiff fährt:	
Name der von Ihnen ausgewählten Betreuungskrankenkasse in Deutschland:	

**Bitte legen Sie dem medizinischen Personal den ausgefüllten Fragebogen und die folgenden Dokumente (soweit vorhanden) vor:**

- Personalausweis oder Pass und
- Versicherungs- oder Anspruchsbescheinigung je nach Ihrem Herkunftsland

EU-/EWR-Mitgliedstaat  
und Schweiz:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnien-Herzegowina:

BH-1, BH-6c

Israel:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Marokko:

D/MA 101, D/MA 123

Mazedonien:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro:

JU 1, JU 6c

Serbien:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Türkei:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunesien:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**За да установим дали и при кой платец сте осигурен/а, Ви молим да попълните формуляра с печатни букви. Много благодарим!**

<b>Въпроси</b>	<b>Отговори</b>
Фамилия:	
Име:	
Дата на раждане:	
Гражданство:	
Вашият адрес в държавата на местоживеене:	
Име и адрес на Вашата здравна каса:	
Име и адрес на застрахователя за трудови злополуки и професионални заболявания:	
Вашият работодател в чужбина, който Ви е изпратил в Германия (точно име и пълен адрес):	
Фирма и място на злополуката, при моряци също име на кораба и флаг, под който плава:	
Име на избраната от Вас обслужваща здравна каса в Германия:	

**Моля, представете на медицинския персонал попълнения въпросник и следните документи (ако са налични):**

- лична карта или задграничен паспорт и
- удостоверение за застраховка или право на обезщетение според **Вашата страна на произход**

Държава-членка на ЕС/  
ЕИП и Швейцария:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEV

Босна и Херцеговина:

BH-1, BH-6c

Израел:

D/ISR 101

Канада, Квебек:

D 101, DE/QU 123

Мароко:

D/MA 101, D/MA 123

Македония:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Монтенегро:

JU 1, JU 6c

Сърбия:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Турция:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Тунис:

A/TN 1, A/TN 11, ATN 23

**Za účelem zjištění, zda a u kterého nositele nákladů jste pojištěn/á, Vás žádáme o vyplnění formuláře hůlkovým písmem. Mnohokrát děkujeme.**

Otázky	Odpovědi
Příjmení:	
Jméno:	
Datum narození:	
Státní příslušnost:	
Vaše adresa v zemi Vašeho bydliště:	
Název a adresa Vaší nemocenské pokladny:	
Název a adresa Vašeho nositele pojištění, příslušného pro pracovní úrazy a nemoce z povolání:	
Váš zaměstnavatel v zahraničí, který Vás vyslal do Německa (přesný název a úplná adresa):	
Podnik a místo nehody, u námořníků také název lodi a vlajka, pod kterou loď pluje:	
Název Vámi zvolené zaopatřovací nemocenské pokladny v Německu:	

**Předložte, prosím, zdravotnickému personálu vyplněný dotazník a následující doklady**

**(pokud jsou k dispozici):**

- občanský průkaz nebo cestovní pas a
- potvrzení o pojištění a o nároku v závislosti na **Vaší** zemi původu

Členský stát EU/EHS  
a Švýcarsko:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosna a Hercegovina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Makedonie:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Černá Hora:

JU 1, JU 6c

Srbsko:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turecko:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunisko:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23



**Zur Feststellung, ob und bei welchem Kostenträger Sie versichert sind, bitten wir Sie das Formular in Druckbuchstaben auszufüllen. Vielen Dank.**

Fragen	Antworten
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Ihre Anschrift in Ihrem Wohnstaat:	
Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:	
Name und Anschrift Ihres für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zuständigen Versicherungsträgers:	
Ihr Arbeitgeber im Ausland, der Sie nach Deutschland entsandt hat (genauer Name und vollständige Adresse):	
Unfallbetrieb und Unfallort, bei Seeleuten auch Schiffsname und Flagge unter der das Schiff fährt:	
Name der von Ihnen ausgewählten Betreuungskrankenkasse in Deutschland:	

**Bitte legen Sie dem medizinischen Personal den ausgefüllten Fragebogen und die folgenden Dokumente (soweit vorhanden) vor:**

- Personalausweis oder Pass und
- Versicherungs- oder Anspruchsbescheinigung je nach Ihrem Herkunftsland

EU-/EWR-Mitgliedstaat  
und Schweiz:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnien-Herzegowina:

BH-1, BH-6c

Israel:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Marokko:

D/MA 101, D/MA 123

Mazedonien:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro:

JU 1, JU 6c

Serbien:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Türkei:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunesien:

A/TN 1, A/TN 11, ATN 23

**Por favor llenar el formulario en letra imprenta para determinar si usted está asegurado, y en qué compañía se seguro. Muchas gracias.**

Preguntas	Respuestas
Apellido:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Nacionalidad:	
Su dirección en su país de residencia:	
Nombre y dirección de su compañía de seguro:	
Nombre y dirección de su compañía de seguro responsable para accidentes laborales y enfermedades profesionales:	
Su empleador en el extranjero que le envió a Alemania (nombre exacto y dirección completa):	
Operación de accidente y accidente, para marineros también el nombre del barco y la bandera bajo la cual el barco navega:	
Nombre del seguro de salud de atención elegida por usted en Alemania:	

**Por favor, facilita al personal médico el cuestionario completado y los siguientes documentos (si están disponibles):**

- Documento de identidad o pasaporte y
- Certificado de seguro o del derecho según **Su** país de origen

Estado miembro EU-/EWR y Suiza:	A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB
Bosnia-Herzegovina:	BH-1, BH-6c
Israel:	D/ISR 101
Canadá, Quebec:	D 101, DE/QU 123
Marruecos:	D/MA 101, D/MA 123
Macedonia:	D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123
Montenegro:	JU 1, JU 6c
Serbia:	DE 101 SRB, DE 123 SRB
Turquía:	A/T 1, A/T 11, AT 23
Túnez:	A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Afin de définir si vous êtes assuré(e) auprès d'une unité de coûts de production et, si oui, laquelle, nous vous prions de bien vouloir compléter ce formulaire en lettres majuscules.**

Questions	Réponses
Nom de famille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Nationalité :	
Votre adresse dans votre État de résidence :	
Nom et adresse de votre caisse d'assurance-maladie :	
Nom et adresse de votre organisme d'assurance en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles :	
Votre employeur à l'étranger qui vous a détaché en Allemagne (nom précis et adresse complète) :	
Entreprise de l'accident et lieu de l'accident et, pour les marins, également le nom du bateau et le drapeau sous lequel le bateau vogue :	

Nom de la caisse d'assurance-maladie accompagnatrice que vous avez choisie en Allemagne :	
---	--

**Veillez remettre au personnel médical le formulaire complété ainsi que les documents suivants (si existants) :**

- Carte d'identité ou passeport et
- Attestation d'assurance ou attestation de droit aux prestations en fonction de votre pays d'origine

Membre de l'UE ou de l'EEE

et Suisse :

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnie-Herzégovine :

BH-1, BH-6c

Israël :

D/ISR 101

Canada, Québec :

D 101, DE/QU 123

Maroc :

D/MA 101, D/MA 123

Macédoine :

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Monténégro :

JU 1, JU 6c

Serbie :

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turquie :

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunisie :

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Please complete the form in block letters so that we can determine whether you are insured and if so, which funding agency is responsible. Many thanks.**

Questions	Answers
Surname:	
First name(s):	
Date of birth:	
Nationality:	
Your address in your country of abode:	
Name and address of your health insurance company:	
Name of the insurance agency that provides cover for occupational accidents and occupational diseases:	
Your employer abroad that/who sent you to Germany (exact name and full address):	
Company where the accident occurred and the place the accident occurred at; for seafarers, also state the name of the ship and the flag it sails under:	
Name of the German health insurance company that you selected:	

**Please present the completed form and the following documents (should they exist) to the medical staff:**

- Personal identity card or passport and
- The insurance and entitlement certificate from your country of origin

EU/EEA member state  
and Switzerland: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnia-Herzegovina: BH-1, BH-6c

Israel: D/ISR 101

Canada, Quebec: D 101, DE/QU 123

Morocco: D/MA 101, D/MA 123

Macedonia: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro: JU 1, JU 6c

Serbia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turkey: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunisia: A/TN 1, A/TN 11, ATN 23



**Προκειμένου να διαπιστωθεί αν και σε ποιον φορέα κόστους είστε ασφαλισμένος/η, παρακαλούμε να συμπληρώσετε το έντυπο με κεφαλαία γράμματα. Σας ευχαριστούμε.**

<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Απαντήσεις</b>
Επώνυμο:	
Όνομα:	
Ημερομηνία γέννησης:	
Υπηκοότητα:	
Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας σας:	
Όνομα και διεύθυνση του ταμείου υγείας σας:	
Όνομα και διεύθυνση του ασφαλιστικού σας φορέα που είναι αρμόδιος για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες:	
Ο εργοδότης σας στο εξωτερικό που σας έστειλε στη Γερμανία (ακριβές όνομα και πλήρης διεύθυνση):	
Επιχείρηση και τόπος ατυχήματος, σε περίπτωση ναυτικών επιπλέον και όνομα πλοίου και σημαία, υπό την οποία ταξιδεύει το πλοίο:	
Όνομα του ταμείου υγείας που επιλέξατε στη Γερμανία:	

**Παρακαλούμε να παραδώσετε στο ιατρικό προσωπικό το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο και τα ακόλουθα έγγραφα (εφόσον υπάρχουν):**

- Δελτίο ταυτότητας ή διαβατήριο και
- βεβαίωση ασφάλισης ή έγγραφο δικαιώματος ανάλογα με τη χώρα προέλευσής σας

Κράτος-μέλος της ΕΕ/του  
ΕΟΧ και Ελβετία:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Βοσνία-Ερζεγοβίνη:

BH-1, BH-6c

Ισραήλ:

D/ISR 101

Καναδάς, Κεμπέκ:

D 101, DE/QU 123

Μαρόκο:

D/MA 101, D/MA 123

ΠΓΔΜ:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Μαυροβούνιο:

JU 1, JU 6c

Σερβία:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Τουρκία:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Τυνησία:

A/TN 1, A/TN 11, ATN 23

**Zbog utvrđivanja da li ste i kod koga nosioca troškova osigurani, molimo vas da ispunite ovaj obrazac. Puno hvala.**

Pitanja	Odgovori
Prezime:	
Ime:	
Datum rođenja:	
Državljanstvo:	
Vaša adresa u državi stanovanja:	
Ime i adresa vaše zdravstvene blagajne:	
Ime i adresa vašega nosioca osiguranja, mjerodavnog za nesreće na radu i profesionalne bolesti:	
Vaš poslodavac u inozemstvu, koji vas je poslao u Njemačku (točno ime i potpuna adresa):	
Pogon nesreće i mjesto nesreće, kod pomoraca i ime broda i zastava, pod kojom brod plovi:	
Ime od vas izabrane skrbničke zdravstvene blagajne u Njemačkoj:	

**Pređite molimo medicinskom osoblju ovaj ispunjeni upitnik i sljedeće dokumente (ukoliko postoje):**

- Osobnu iskaznice ili putovnicu i
- Uvjerenje o osiguranju ili uvjerenje o pravu, zavisno o vašoj zemlji porijekla

EU-/EGP-država članica  
i Švicarska:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosna i Hercegovina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Makedonija:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Crna Gora:

JU 1, JU 6c

Srbija:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turska:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunis:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Annak megállapításához, hogy Ön melyik költséget viselő szervnél biztosított, kérjük töltse ki nyomtatott betűkkel ezt a formanyomtatványt. Nagyon köszönjük.**

Kérdés	Válasz
Vezetéknév:	
Utónév:	
Születési dátuma:	
Állampolgársága:	
Lakcíme a lakóhely szerinti államban:	
Az Ön megbiztosító intézetének neve és címe:	
Az üzemi balesetekért és foglalkozási betegségekért illetékes biztosító szerv neve és címe:	
Az Ön külföldi munkaadója, aki Önt kiküldte Németországba (pontos neve és teljes címe):	
A vállalat, ahol a baleset történt, a baleset helyszíne, tengerészeknél a hajó neve és, hogy milyen zászlójelzés alatt közlekedik a hajó:	
Az Ön által választott németországi, az ellátásért illetékes megbiztosító szerv neve:	

**Kérjük, mutassa be az egészségügyi személyzetnek a kitöltött kérdőívet és az alábbi dokumentumokat (amennyiben rendelkezésre állnak):**

- személyi igazolvány vagy útleveél és
- biztosítási vagy igényjogosultsági igazolás annak megfelelően, hogy **Ön melyik országból** származik:

EU-/EGT tagállamok

És Svájc: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosznia-Hercegovina: BH-1, BH-6c

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Québec: D 101, DE/QU 123

Marokkó: D/MA 101, D/MA 123

Macedónia: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegró: JU 1, JU 6c

Szerbia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Törökország: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunézia: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Per stabilire se e con quale agenzia siete assicurati, vi preghiamo di compilare il modulo in stampatello. Grazie mille.**

<b>Domande</b>	<b>Risposte</b>
Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Nazionalità:	
L'indirizzo nel vostro paese di residenza:	
Nome e indirizzo della vostra cassa mutua:	
nome e indirizzo della vostra agenzia assicurativa per infortuni sul lavoro e malattie professionali:	
Il vostro datore di lavoro all'estero che vi ha spedito in Germania (nome esatto e indirizzo completo):	
Ubicazione e luogo dell'infortunio, in caso di marittimi anche il nome della nave e la bandiera che sventola sulla nave:	
Nome della cassa mutua da voi scelta in Germania:	

**Si prega di esibire il questionario compilato al personale medico e i seguenti documenti (se presenti):**

- carta d'identità o passaporto e
- polizza assicurativa o attestato di diritto in base al paese di origine

Stato membro UE/SEE e Svizzera:	A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB
Bosnia-Erzegovina:	BH-1, BH-6c
Israele:	D/ISR 101
Canada, Quebec:	D 101, DE/QU 123
Marocco:	D/MA 101, D/MA 123
Macedonia:	D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123
Montenegro:	JU 1, JU 6c
Serbia:	DE 101 SRB, DE 123 SRB
Turchia:	A/T 1, A/T 11, AT 23
Tunisia:	A/TN 1. A/TN 11, ATN 23



**За да утврдиме дали сте осигурани и кај кој носител на трошоците сте осигурани, Ве молиме да го пополните формуларот со печатни букви. Ви благодариме.**

Прашања	Одговори
Презиме:	
Име:	
Датум на раѓање:	
Државјанство:	
Вашата адреса во Вашата држава на станување:	
Име и адреса на Вашето здравствено осигурување:	
Име и адреса на Вашиот носител на осигурување надлежен за несреќи на работното место и професионални заболувања:	
Вашиот работодаател во странство кој што Ве има испратено за Германија (точно име и целосна адреса):	
Погон на несреќата и место на несреќата, кај морнари и името на бродот и знамето под кое што бродот плови:	
Име на здравственото осигурување за згрижување кое што сте го избрале во Германија:	

**Ве молиме на медицинскиот персонал приложете му го пополнетиот формулар и следните документи (доколку постојат):**

- Лична карта или пасош и
- Потврда од осигурувањето или потврда за правото на побарување во зависност од Вашата земја на потекло

Држава членка на ЕУ/ЕЕЗ

и Швајцарија: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Босна и Херцеговина: BH-1, BH-6c

Израел: D/ISR 101

Канада, Квебек: D 101, DE/QU 123

Мароко: D/MA 101, D/MA 123

Македонија: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Црна Гора: JU 1, JU 6c

Србија: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Турција: A/T 1, A/T 11, AT 23

Тунис: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Om vast te stellen of en bij welke kostendrager u verzekerd bent, verzoeken wij u het formulier in drukletters in te vullen. Hartelijk dank.**

<b>Vragen</b>	<b>Antwoorden</b>
Familienaam:	
Voornaam:	
Geboortedatum:	
Nationaliteit:	
Uw adres in uw thuisland:	
Naam en adres van uw ziekenfonds:	
Naam en adres van u voor arbeidsongevallen en beroepsziekten bevoegde verzekeringsmaatschappij:	
Uw werkgever in het buitenland die u naar Duitsland gedetacheerd heeft (exacte naam en volledig adres):	
Bedrijf en plaats van het ongeval, bij zeelieden ook de naam van het schip en de vlag waaronder het schip vaart:	
Naam van de door u gekozen verzorgend ziekenfonds in Duitsland:	

**Gelieve aan het medische persoon de ingevulde vragenlijst en de volgende documenten (indien bestaande) te presenteren:**

- Identiteitskaart of paspoort en
- Verzekerings- of rechtgevend certificaat afhankelijk van uw land van herkomst

EU-/EER-lidstaat  
en Zwitserland: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnia-Herzegovina: BH-1, BH-6c

Israël: D/ISR 101

Canada, Québec: D 101, DE/QU 123

Marokko: D/MA 101, D/MA 123

Macedonië: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro: JU 1, JU 6c

Servië: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turkije: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunesië: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**W celu ustalenia przynależności do zakładu ubezpieczeń (oraz jego danych) prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Dziękujemy.**

<b>Pytania</b>	<b>Odpowiedzi</b>
Nazwisko:	
Imię:	
Data urodzenia:	
Obywatelstwo:	
Adres w kraju zamieszkania:	
Nazwa i adres kasy chorych:	
Nazwa i adres instytucji ubezpieczeniowej odpowiedzialnej za wypadki przy pracy oraz choroby zawodowe:	
Pracodawca za granicą, który oddelegował Państwa do Niemiec (dokładna nazwa i pełen adres):	
Zakład oraz miejsce, w których doszło do wypadku, w przypadku marynarzy nazwa statku i bandera, pod którą statek jest zarejestrowany:	
Nazwa Państwa kasy chorych świadczącej opiekę w Niemczech:	

**Prosimy o przedłożenie wypełnionego formularza wraz z następującymi dokumentami (o ile takowe występują) personelowi medycznemu:**

- Dowód osobisty lub paszport oraz
- świadectwo ubezpieczenia lub dokument uprawniający do pobierania świadczeń w zależności od kraju Państwa pochodzenia

Państwo członkowskie UE/EOG

oraz Szwajcaria:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bośnia i Hercegowina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Quebec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Macedonia:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Czarnogóra:

JU 1, JU 6c

Serbia:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turcja:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunezja:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Para determinar se, e junto de qual entidade pagadora, está segurado, pedimos-lhe que preencha o formulário em letra de imprensa. Muito obrigado.**

<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>
Apelido:	
Nome próprio:	
Data de nascimento:	
Nacionalidade:	
A sua morada no seu país de residência:	
Nome e morada da sua caixa de seguro de doença:	
Nome e morada do seu organismo segurador responsável por acidentes de trabalho e doenças profissionais:	
A sua entidade empregadora no estrangeiro, que o destacou para a Alemanha (nome exato e morada completa):	
Empresa em que ocorreu o acidente e local do acidente, no caso de marítimos também o nome do navio e a bandeira sob a qual o navio navega:	
Nome da caixa de seguro de doença assistente por si escolhida na Alemanha:	

**Por favor, apresente ao pessoal médico o questionário preenchido e os seguintes documentos (se disponíveis):**

- Bilhete de identidade ou passaporte e
- Certificado de seguro ou atestado de direito de acordo com o seu país de origem

Estado-Membro da UE/do EEE

e Suíça: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bósnia-Herzegovina: BH-1, BH-6c

Israel: D/ISR 101

Canadá, Quebeque: D 101, DE/QU 123

Marrocos: D/MA 101, D/MA 123

Macedónia: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro: JU 1, JU 6c

Sérvia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turquia: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunísia: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23



**Pentru stabilirea faptului dacă și la care instituție sunteți asigurat, vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar. Vă mulțumim.**

<b>Întrebări</b>	<b>Răspunsuri</b>
Nume:	
Prenume:	
Data nașterii:	
Cetățenie:	
Adresa dvs. din statul de reședință:	
Numele și adresa casei de sănătate:	
Numele și adresa asiguratorului privind accidente de muncă și bolile profesionale:	
Angajatorul dvs. din străinătate, care v-a trimis în Germania (numele exact și adresa completă):	
Întreprinderea unde a avut loc accidentul și locul accidentului, la navigatori și numele vaporului și steagul folosit:	

Numele casei de asigurări selectate de dvs. din Germania:	
---	--

**Vă rugăm să prezentați personalului medical formularul completat și următoarele documente (dacă există):**

- Buletinul sau pașaportul și
- Adeverință de asigurare sau documentul care certifică dreptul la prestații sociale în funcție de țara dvs. de proveniență

Stat membru UE/SEE

Și Elveția:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosnia-Herțegovina:

BH-1, BH-6c

Israel:

D/ISR 101

Canada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroc:

D/MA 101, D/MA 123

Macedonia:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Muntenegru:

JU 1, JU 6c

Serbia:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turcia:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunisia:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Radi konstatacije, da li i kod kog nosioca troškova ste osigurani, molimo Vas da ispunite formular štampanim slovima. Mnogo hvala.**

Pitanja	Odgovori
Prezime:	
Ime:	
Datum rođenja	
Državljanstvo:	
Vaša adresa u Vašoj državi stanovanja:	
Ime i adresa Vaše bolesničke blagajne (Krankenkasse):	
Ime i adresa Vašeg nosioca osiguranja nadležnog za nezgode na radu i profesionalne bolesti:	
Vaš poslodavac u inostranstvu, koji Vas je uputio za Nemačku (tačno ime i kompletna adresa):	
Pogon u kome je došlo do nezgode i mesto nezgode, kod mornara takođe i ime broda i zastava pod kojom brod plovi:	
Ime bolesničke blagajne (Krankenkasse) koju ste Vi izabrali u Nemačkoj:	

**Molimo Vas podneseite medicinskom osoblju ispunjeni upitnik i sledeće dokumente (ukoliko postoje):**

- ličnu kartu ili pasoš i
- potvrdu o osiguranju ili o polaganju prava shodno **Vašoj** zemlji porekla

Država članica

EU/Evr.zaj.tržišta i Švajcarska: A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosna i Hercegovina: BH-1, BH-6c

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Kvibek: D 101, DE/QU 123

Maroko: D/MA 101, D/MA 123

Makedonija: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Crna Gora: JU 1, JU 6c

Srbija: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turska: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunis : A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**SK:**

**Za účelom zistenia, či a u ktorého nositeľa nákladov ste poistený/á, Vás žiadame o vyplnenie formulára paličkovým písmom. Mnohokrát ďakujeme.**

Otázky	Odpovede
Priezvisko:	
Meno:	
Dátum narodenia:	
Štátna príslušnosť:	
Vaša adresa v krajine Vášho bydliska:	
Názov a adresa Vašej nemocenskej pokladne:	
Názov a adresa Vášho nositeľa poistenia, zodpovedného za pracovné úrazy a choroby z povolania:	
Váš zamestnávateľ v zahraničí, ktorý Vás vyslal do Nemecka (presný názov a úplná adresa):	
Podnik a miesto nehody, u námorníkov tiež názov lode a vlajka, pod ktorou loď pláva:	
Názov Vami zvolenej zaopatrovacej nemocenskej pokladne v Nemecku:	

**Predložte, prosím, zdravotníckemu personálu vyplnený dotazník a nasledujúce doklady (ak sú k dispozícii):**

- občiansky preukaz alebo cestovný pas a
- potvrdenie o poistení a o nároku v závislosti od **Vašej** krajiny pôvodu

Členský štát EÚ/EHS  
a Švajčiarsko:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosna a Hercegovina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Macedónsko:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Čierna Hora:

JU 1, JU 6c

Srbsko:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turecko:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunisko:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23

**Za ugotavljanje, ali in pri katerem nosilcu stroškov ste zavarovani, vas naprošamo, da formular izpolnite s tiskanimi črkami. Hvala.**

<b>Vprašanja</b>	<b>Odgovori</b>
Priimek:	
Ime:	
Datum rojstva:	
Državljanstvo:	
Vaš naslov v vaši državi prebivališča:	
Naziv in naslov vaše zdravstvene zavarovalnice:	
Naziv in naslov vašega nosilca zavarovanja, ki je pristojen za nesreče pri delu in poklicne bolezni:	
Vaš delodajalec v tujini, ki vas je napotil v Nemčijo (natančen naziv in popoln naslov):	
Podjetje in kraj nesreče, pri mornarjih tudi naziv ladje in zastava, pod katero ladja pluje:	
Naziv iz vaše strani izbrane zdravstvene zavarovalnice za oskrbo v Nemčiji:	

**Prosimo vas, da medicinskemu osebju predložite izpolnjen vprašalnik in sledeče dokumente (v kolikor so na voljo):**

- Osebno izkaznico ali potni list in
- Potrdila o zavarovanju ali upravičenosti glede na vašo državo porekla

Države članice EU/EGS  
in Švica:

A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB

Bosna-Hercegovina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Makedonija:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Črna gora:

JU 1, JU 6c

Srbija:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turčija:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunizija:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23



**Ödeme yapacak herhangi bir kurumda sigortanız olup olmadığını tespit etmek için bu formu büyük harflerle doldurmanızı rica ederiz. Teşekkür ederiz.**

Sorular	Cevaplar
Soyadı:	
Adı:	
Doğum tarihi:	
Uyruk:	
İkamet ettiğiniz ülkedeki adresiniz:	
Sağlık sigortası kurumunuzun adı ve adresi:	
İş kazalarından ve meslek hastalıklarından sorumlu sigorta kurumunuzun adı ve adresi:	
Sizi Almanya'ya göndermiş olan yurtdışındaki işvereniniz (tam adı ve tam adresi):	
Kazanın gerçekleştiği işletme ve yer, denizciler için aynı zamanda geminin adı ve geminin hangi bayrak altında seyrettiği bilgisi:	
Almanya'da seçtiğiniz sağlık sigortanızın adı:	

**Lütfen tıbbi personele doldurulmuş formu ve  
aşağıdaki belgeleri (eğer varsa) ibraz ediniz:**

- Kimlik belgesi veya pasaport ve
- Sigorta veya hak sahipliği belgeniz, kendi vatanınıza göre

AB/AEB Üye Devleti Ve İsviçre:	A1, DA1, E123, E106, EHIC, PEB
Bosna Hersek:	BH-1, BH-6c
İsrail:	D/ISR 101
Kanada, Québec:	D 101, DE/QU 123
Fas:	D/MA 101, D/MA 123
Makedonya:	D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123
Karadağ:	JU 1, JU 6c
Sırbistan:	DE 101 SRB, DE 123 SRB
Türkiye:	A/T 1, A/T 11, AT 23
Tunus:	A/TN 1. A/TN 11, ATN 23