_____
(Name (прізвище), Vorname (ім'я):

_____
Geburtsdatum/-ort (дата та місце народження):

Werra-Meissner-Kreis
Der Kreisausschuss
FD 4.7
Schlossplatz 1
37269 Eschwege

Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 Abs. 3 SGB V)

Вибір медичної страховки для оплати стажування

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – neue Fassung – (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen übernimmt.

Ви мене інформували, що відповідно соціального закону.....я маю вибрати медичну касу для оплати лікування мене і моеї сім'ї.

Ich teile Ihnen mit, dass ich
Я повідомляю вам, що

☐ zuletzt krankenversichert bei der
останнє я був застрахован.....
_____ war.
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)
(Будь ласка позначте медичну касу і її адресу)

☐ keine Krankenversicherung habe und daher die
До цього я не мав медичної страховки і тому я вибіраю.....

_____wähle.
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)
(Будь ласка позначте медичну касу і її адресу.)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weiterleitung meiner/unserer persönlichen Daten einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigt.
Я прошу Вас про мій вибір проінформувати відповідні інстанції. Я згоден з тим, що мої особисті дані вибрана каса може використовувати для мого лікування.

.....
(Unterschrift)
Підпис.....