

Name: \_\_\_\_\_  
Прізвище  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Ім'я  
Straße: \_\_\_\_\_  
Вулиця,  
номер будинку  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Поштовий індекс,  
місто

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
Номер справи

An  
ProArbeit  
Kreis-Offenbach - AÖR  
Max-Planck-Straße 1-3

63303 Dreieich

**Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 175 Abs. 3 SGB V)  
Вибір лікарняної каси для забезпечення лікування (§ 175 Abs. 3 SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 175 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – neue Fassung – (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen ab \_\_\_\_\_ übernimmt.

**Шановні пані та панове,**

**Ви проінформували мене, що відповідно до § 175 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – neue Fassung – (SGB V) я зобов'язан вибрати лікарняну касу, яка з \_\_\_\_\_ забезпечує лікування мене та незастрахованих членів моєї сім'ї.**

Ich teile Ihnen mit, dass ich  
**Цим повідомляю Вас, що я**

- keine letzte Krankenversicherung habe und daher die  
**ще не маю лікарняної каси і тому вибіраю**

\_\_\_\_\_ wähle

(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)  
(точне позначення лікарняної каси і по можливості, вкажіть адресу лікарняної каси!)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bitte außerdem um Weitergabe meiner / unserer persönlichen Daten. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner / unserer Krankenbehandlung benötigt.

**Прошу Вас відповідно проінформувати вибрану мною лікарняну касу. Прошу передати мої / наши персональні дані. Ти дані потрібує лікарняна каса для забезпечення мого / нашего лікування.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)  
(дата підписання)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)  
(підпис)