

|  |            |                       |   |           |
|--|------------|-----------------------|---|-----------|
| Name, Anschrift des Krankenhauses  |            |                       |   |           |
| <b>Fragebogen</b>  |            |                       | <b>Hinweis:</b> Die Beantwortung aller Fragen ist für die Ermittlung der Anspruchsvoraussetzungen unerlässlich. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung bildet § 67 Abs. 1 und 2 SGB X in Verbindung mit §§ 60 bis 65 SGB I. Die erforderlichen Angaben werden als personengebundene Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Berliner Datenschutzgesetzes (BlnDSG) gespeichert und behandelt. |           |
| Anlage zum Antrag auf Übernahme von Kosten einer Krankenhausbehandlung im Rahmen von § 25 SGB XII  |            |                       |   |           |
| <b>Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> und ausfüllen</b>  |            |                       |   |           |
| <p>Sehr geehrte Patientin,<br/>sehr geehrter Patient,</p> <p>um prüfen zu können, ob bei Ihnen die Voraussetzungen zur Übernahme der aufgrund Ihrer Krankenhausbehandlung entstandenen Kosten durch den Träger der Sozialhilfe vorliegen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückzugeben. Sollte der vorgegebene Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, setzen Sie diese auf einem gesonderten Blatt fort. Ihre Daten werden der Ausländerbehörde weder durch das Krankenhaus noch das Sozialamt übermittelt (§ 88 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz).</p> |            |                       |   |           |
| <b>I. Angaben zur Person und den Angehörige</b>  |            |                       |   |           |
|  | Patient/in | Ehe-/Lebenspartner/in | 1. Kind   | 2. Kind   |
| Name   |            |                       |   |           |
| Vorname  |            |                       |   |           |
| Geburtsname  |            |                       |   |           |
| Geburtsdatum   |            |                       |   |           |
| Geburtsort   |            |                       |   |           |
| Geschlecht   |            |                       |   |           |
| Familienstand  |            |                       |   |           |
| Staatsangehörigkeit  |            |                       |   |           |
| Aufenthaltsstatus  |            |                       |   |           |
| Beruf  |            |                       |   |           |
| Anschrift (auch c/o)   |            |                       |   |           |
| Heimatadresse  |            |                       |   |           |
| Telefon  |            |                       |   |           |
| <b>Bei minderjährigen Patienten persönliche Angaben der Eltern</b>   |            |                       |   |           |
|  | Name       | Vorname               | Geburtsdatum  | Anschrift |
| Vater  |            |                       |   |           |
| Mutter   |            |                       |   |           |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>II. Identitätsnachweis</b>  |   |  |
| <b>Bitte Kopie des Passes oder eines anderen Identitätsnachweises beifügen!</b>  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Die Vorlage einer Kopie der o. g. Nachweise ist nicht möglich, weil   |   |  |
| <b>III. Einreise und Aufenthalt</b>  |   |  |
| Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen?  |   |  |
| Wurde vor Ihrer Einreise gegenüber der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung eine Verpflichtungserklärung abgegeben? (Wollte jemand in Deutschland für Ihren Lebensunterhalt sorgen?) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja  | Name, Anschrift   | <input type="checkbox"/> Nein                |
| Bis wann wollen Sie in Deutschland bleiben?  |   |  |
| Seit wann halten Sie sich in Berlin auf?   |   |  |
| Wo haben Sie sich vor dem Zuzug nach Berlin aufgehalten?   |   |  |
| Wenn Sie als Tourist nach Deutschland gekommen sind, sich aber schon länger als 3 Monate hier aufhalten, nennen Sie bitte die Gründe dafür:  |   |  |
| <b>IV. Angaben zur Krankenversicherung</b>   |   |  |
| Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland krankenversichert?   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja  | Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben<br>→ | <b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b> |
| <input type="checkbox"/> Nein  |   |  |
| Besteht für Sie die Möglichkeit einer Familienversicherung, obgleich Sie volljährig sind?  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja  | Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben<br>→ | <b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b> |
| <input type="checkbox"/> Nein  |   |  |
| Haben Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen?  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja  | Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben<br>→ | <b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b> |
| <input type="checkbox"/> Nein  |   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?                                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   | Name und Sitz der Versicherung bitte angeben<br>→ | <b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b>   |
| <input type="checkbox"/> Nein   |   |  |
| <b><u>Bei Schwangerschaft oder Entbindung:</u></b><br>Name und Anschrift des Kindesvaters                                     |   |  |
| <b>V. Sicherung des Lebensunterhalts, Einkommen und Vermögen</b>  |   |  |
| Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt in Ihrer Heimat?   |   |  |
|   |   |  |
| Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt?                                      |   |  |
|   |   |  |
| Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?      |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   | Name der Behörde<br>→                             | <b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b>   |
| <input type="checkbox"/> Nein   |   |  |
| Beziehen Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Einkommen?                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von           EUR monatlich   |   | <input type="checkbox"/> Nein  |
| <input type="checkbox"/> aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung   |   |  |
| <input type="checkbox"/> aus einer selbständigen Beschäftigung  |   |  |
| <input type="checkbox"/> aus Sozialleistungen   |   |  |
| Besitzen Sie Vermögen (Bargeld, Sparguthaben, Grundbesitz, PKW usw.) in Ihrer Heimat, in Deutschland oder einem anderen Land? |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von           EUR   |   | <input type="checkbox"/> Nein  |
| Besitzt Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Vermögen?                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von           EUR   |   | <input type="checkbox"/> Nein  |
| Zahlen Sie Miete für die oben genannte Wohnung?   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von           EUR monatlich   |   | <input type="checkbox"/> Nein,<br><input type="checkbox"/> ich wohne mietfrei<br><input type="checkbox"/> die Miete wird bezahlt von<br>Name und Anschrift |
|   |   |  |
| Wie viele Personen leben in der oben genannten Wohnung?   |   |  |

**Erklärung der Patientin/des Patienten**

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke im Rahmen eines Antrages auf Kostenübernahme verarbeitet werden und entbinde insoweit den Arzt von seiner Schweigepflicht.

Datum, Ort, Unterschrift d. Patienten/Patientin –bei minderjährigen– des/der gesetzlichen Vertreters/in