

## Fragebogen

(Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII)

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,

Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

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.

Hinweis: 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.

	Patient/in	Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartner/in	Kind 1	Kind 2
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus				
Beruf				
Anschrift (auch c/o)				
Heimatadresse				
Telefon				

**Kopie des Passes oder eines anderen geeigneten Identitätsnachweises bitte beifügen**

Kopie nicht möglich, weil

Freizügigkeitsbescheinigung liegt vor

Ja (Kopie bitte beifügen)

nein

Bei minderjährigen Patienten : Name, Geburtsdatum, Anschrift der Eltern

Vater:

Mutter:

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?)

ja      Name, Anschrift:

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:

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland krankenversichert?

Ja - Name der Versicherung/ Sitz/ Versicherungsland bitte angeben       Nein  
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

Besteht für Sie die Möglichkeit einer Familienversicherung, obgleich Sie volljährig sind?

Ja - Name der Versicherung/ Sitz/ Versicherungsland bitte angeben       Nein  
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

Haben Sie oder hatten Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen?

Ja - Name der Versicherung/ Sitz/ Versicherungsland bitte angeben       Nein  
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?

Ja - Name der Versicherung/ Sitz bitte angeben       Nein  
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

Bei Schwangerschaft oder Entbindung:  
Name und Anschrift des Kindesvaters

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Ihrer Heimat?

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt?

Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. (bei minderjährigen Patienten) Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?

Ja – bei welcher Behörde?  
(Kopie des Antrages bitte beifügen)

Nein

Besitzen Sie Vermögen (Bargeld, Sparguthaben, Grundbesitz, PKW usw.) in Ihrer Heimat, in Deutschland oder einem anderen Land?

Ja – in welcher Höhe?       Nein

Bezieht Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. Ihre (bei minderjährigen Patienten) Eltern Einkommen?

Ja – in welcher Höhe? \_\_\_\_\_  
welcher Art     versicherungspflichtig

selbständig

Sozialleistungen

Nein

Besitzt Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. Ihre (bei minderjährigen Patienten) Eltern Vermögen?

Ja – in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Nein

Zahlen Sie Miete für die oben genannte Wohnung?

Ja – in welcher Höhe? \_\_\_\_\_     Nein, die Miete wird bezahlt von (Name und Anschrift):

Wie viele Personen leben in der oben genannten Wohnung?

**Erklärung des Patienten/ der Patientin**

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 soweit den Arzt von seiner Schweigepflicht.

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten/ der Patientin