|  |
| --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Amt für Integration und Soziales |
|
|

# Anhang 2 BSIG Nr. 8/860.1/8.1: Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache Medizinische Notfallbehandlung für eine Person ohne Wohnsitz in der Schweiz

(gestützt auf Art. 46 Abs. 2 und Art. 32 Abs. 2 Sozialhilfegesetz des Kantons Bern)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A Medizinischer Leistungserbringer** | | |
|  |  | |
| Adresse | Bitte Text einfügen | |
| Ansprechperson Administration | Bitte Text einfügen | |
| Telefonnummer, E-Mail | Bitte Text einfügen | |
| Ansprechperson Medizin / Soziales | Bitte Text einfügen | |
| Telefonnummer, E-Mail | Bitte Text einfügen | |
|  |  | |
| **B Personalien** | | |
|  |  | |
| 1. Patient/Patientin | | |
| Vorsorgliche Fallanmeldung erfolgt? | ja, am Datum  nein | |
| Fall-/Patientennummer | Bitte Text einfügen | |
| Name | Bitte Text einfügen | |
| Vorname | Bitte Text einfügen | |
| Geschlecht | Bitte Geschlecht wählen | |
| Geburtsdatum | Bitte Text einfügen | |
| Nationalität | Bitte Text einfügen | |
| Telefonnummer | Bitte Text einfügen | |
| Mailadresse | Bitte Text einfügen | |
| Adresse im Wohnsitzstaat  (Anschrift, Strasse, PLZ, Ort, Land) | Bitte Text einfügen | |
| Effektiver Aufenthaltsort in der Schweiz vor Einweisung | Bitte Text einfügen | |
| Zeitpunkt und Ort des Unfalls / der Erkrankung | Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| 2. Ehepartner/Ehepartnerin oder eingetragener Partner/eingetragene Partnerin | | |
|  |  |  |
| Name | Bitte Text einfügen | |
| Vorname | Bitte Text einfügen | |
| Geschlecht | Bitte Geschlecht wählen | |
| Telefonnummer | Bitte Text einfügen | |
| Mailadresse | Bitte Text einfügen | |
| Adresse im Wohnsitzstaat  (Anschrift, Strasse, PLZ, Ort, Land) | Bitte Text einfügen | |
| Aufenthaltsadresse in der Schweiz (falls Aufenthalt in der Schweiz) | Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| 3. Weitere Angehörige/Bekannte des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin | | |
|  |  |  |
| Bezug zum Gesuchsteller / zur Gesuchstellerin | Bitte Text einfügen | |
| Name/Vorname | Bitte Text einfügen | |
| Telefonnummer | Bitte Text einfügen | |
| Mailadresse | Bitte Text einfügen | |
| Adresse | Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| Bezug zum Gesuchsteller / zur Gesuchstellerin | Bitte Text einfügen | |
| Name/Vorname | Bitte Text einfügen | |
| Telefonnummer | Bitte Text einfügen | |
| Mailadresse | Bitte Text einfügen | |
| Adresse | Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| **C Behandlung** | | |
| Art der Behandlung | ambulant  stationär | |
| Behandlungsdatum / Eintrittsdatum | Behandlungsdatum / Eintrittsdatum | |
| (Voraussichtliches) Austrittsdatum | Austrittsdatum  noch anwesend | |
| Behandlungsursache und Diagnose | Unfall  Krankheit  Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| **D Kostensicherung** | | |
| 1. Identitätsfeststellung | ist erfolgt  ist nicht erfolgt, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Depotzahlung ist erfolgt | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Teilzahlung durch Gesuchsteller/-in ist erfolgt | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Krankenversicherung übernimmt Kosten | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Unfallversicherung übernimmt Kosten | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Reiseversicherung übernimmt Kosten | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. *Bei EU-/EFTA-Bürgern und Bürgerinnen:*   Kosten werden über Gemeinsame Einrichtung KVG übernommen | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Folgende weitere Versicherungen übernehmen Kosten:   Bitte Text einfügen | Ja, Betrag/Beträge:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
| 1. Zahlung aufgrund von Garantieerklärungen Dritter ist erfolgt | Ja, Betrag:  Bitte Text einfügen  Nein | |
| 1. Internationales Inkasso ist erfolgt | Ja, erhaltener Betrag:  Bitte Text einfügen  Ja, jedoch nicht erfolgreich aus folgenden Gründen:  Bitte Text einfügen  Nein, Grund:  Bitte Text einfügen | |
|  |  |  |
| **E Betrag uneinbringliche Notfallkosten** | Bitte Betrag angeben | |
|  |  |  |
| **F Unterschrift und Beilagen** | | |
| Ort, Datum |  | |
| Unterschrift des medizinischen Leistungserbringers |  | |
| Notwendige Beilagen: | Belege gemäss Aufzählung 1-10 in Teil D | |

Bemerkungen:

Bitte Text einfügen