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

# Anhang 2 BSIG Nr. 8/860.1/8.1: Gesuch um subsidiäre KostengutspracheMedizinische 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 [ ]  KrankheitBitte 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