

Name, Anschrift Krankenhaus

Geschäftszeichen:

Landratsamt Tuttlingen  
-Sozialamt-  
Bahnhofstraße 100

78532 Tuttlingen

**Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XI**

<input type="checkbox"/> am		
<input type="checkbox"/> vom	bis	wurde

Name, Vorname	
Anschrift, gewöhnlicher Aufenthalt	
Geburtsdatum	

In unserem Krankenhaus als unabweisbar aufgenommen und behandelt.

Die Übernahme der Kosten im Rahmen des § 25 SGB XII wird beantragt.

Dem Antrag sind beigefügt bzw. werden nachgereicht:

- Unabweisbarkeitsbescheinigung
- Der von dem Patientin/Patienten ausgefüllte Fragebogen zu seinen/ihren Persönlichen Verhältnissen
- Kopien der vorhandenen Nachweise zum Fragebogen
- Aufnahmebescheinigung
- Entlassungsbescheinigung  wird nachgereicht
- Rechnung  wird nachgereicht

**Vermerk des Krankenhauses**

<input type="checkbox"/> von der Patientin/vom Patienten konnten keine weiteren Angaben gemacht werden, weil
<input type="checkbox"/> von der Patientin/vom Patienten konnte keine eigene Unterschrift geleistet werden, weil
<input type="checkbox"/> Kopien der Nachweise zum Fragebogen konnten nicht gefertigt werden, weil

Datum, Stempel und Unterschrift des Krankenhauses
---

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) gespeichert und behandelt.
Anlage zum Antrag auf Übernahme von Kosten einer Krankenhausbehandlung im Rahmen von § 25 SGB XII	
<b>Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen!</b>	
<p>Sehr geehrte Patientin, 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.</p>	

I. Angaben zur Person und den Angehörigen				
	Patient/in	Ehe-/Lebens-Partner/in	1. Kind	2. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus				
Beruf				
Anschrift (auch c/o)				
Heimatadresse				
Telefon				
Bei minderjährigen Patienten persönliche Angaben der Eltern				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Vater				
Mutter				

## II. Identitätsnachweis

Bitte Kopie des Passes oder eines anderen Identitätsnachweises beifügen!

Die Vorlage einer Kopie der o.g. Nachweise ist nicht möglich, weil

## III. Einreise und Aufenthalt

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 im Landkreis Tuttlingen auf?

Wo haben Sie sich vor dem Zuzug in den Landkreis Tuttlingen aufgehalten?

Wenn Sie als Tourist nach Deutschland gekommen sind, sich aber schon länger als 3 Monate hier aufhalten, nennen Sie bitte die Gründe dafür:

## IV. Angaben zur Krankenversicherung

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

ja      Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben      **Bitte Kopie eines Nachweises beifügen**  
 nein

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

ja      Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben      **Bitte Kopie eines Nachweises beifügen**  
 nein

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

ja      Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben      **Bitte Kopie eines Nachweises beifügen**  
 nein

Sind oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?		
<input type="checkbox"/> ja	Name und Sitz der Versicherung bitte angeben	<b>Bitte Kopie eines Nachweises beifügen</b>
<input type="checkbox"/> nein		
Bei Schwangerschaft oder Entbindung: Name und Anschrift des Kindsvaters		
<b>V. Sicherung des Lebensunterhalts, Einkommen und Vermögen</b>		
Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt in Ihrer Heimat bestritten?		
Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt bestritten?		
Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. bei minderjährigen Patienten- Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?		
<input type="checkbox"/> ja	Name der Behörde	<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 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 obengenannte Wohnung?		
<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	EUR monatlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ich wohne mietfrei <input type="checkbox"/> die Miete wird bezahlt von Name und Anschrift
Wie viele Personen leben in der obengenannten 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 der Patientin/des Patienten –bei Minderjährigen- des/der gesetzlichen Vertreters/in