

An die
Stadt-/Kreisverwaltung

Antrag des Krankenhauses auf Übernahme von Krankenhauskosten

Patient (Familiename, Geburtsname, Vorname)			
Geburtsdatum, Geburtsort			
Wohnungsanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Angaben zur gesetzlichen Vertretung/Betreuung			
Krankenhaus-Aufnahme am	voraussichtliche Behandlung bis	Entlassen am	verstorben am
Angaben zur Krankenversicherung des Patienten			
<input type="checkbox"/> Eine ärztliche Einweisung liegt vor und wird beigelegt.		<input type="checkbox"/> Die Übernahme der Kosten nach § 25 SGB XII (Eilfall) beantragt.	

Eine ärztliche Stellungnahme wird beigelegt oder nachgereicht.

Datum, Stempel und Unterschrift des Krankenhauses

Erklärung des Patienten

Hinweis nach § 67 a Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X)

Die mit diesem Vordruck einschließlich der auf Rückseite abgedruckten ärztlichen Stellungnahme zu erhebenden Daten sind erforderlich, um über eine Kostenübernahme entscheiden zu können. Insbesondere sind Zuständigkeiten und Rückgriffsmöglichkeiten gegenüber Dritten zu klären. Sofern Fragen zu diesem, aber auch zum evtl. Antrag auf Sozialhilfe, nicht vollständig beantwortet werden, kann die Kostenübernahme wegen Unaufklärbarkeit des Sachverhaltes abgelehnt werden.

Ich bin nicht krankenversichert und nicht in der Lage, die Krankenhauskosten aus eigenen Mitteln zu tragen.

Den Vordruck „Antrag auf Sozialhilfe“ werde ich nachreichen.

(Dieser Vordruck kann vom Krankenhaus oder beim Sozialamt angefordert werden.)

Ich habe das Krankenhaus gebeten, den Fragebogen „Ärztliche Stellungnahme“ auszufüllen. Für die umseitigen Daten entbinde ich den behandelnden Arzt des o.g. Krankenhauses von der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollte sich für die Übernahme der Behandlungskosten des genannten Krankenhausaufenthaltes die Zuständigkeit eines anderen örtlich oder sachlich zuständigen Sozialhilfeträgers ergeben, bin ich damit einverstanden, dass die diese Hilfe betreffenden Unterlagen weitergeleitet werden

Datum und Unterschrift des Patienten

Ärztliche Stellungnahme

1 Patient (Familienname, Vorname, Geburtsdatum)		
2 Wohnungsanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
3 Wegen welcher Erkrankung erfolgt primär die Behandlung (möglichst deutsche Bezeichnung)?	4 Besteht die zu behandelnde Krankheit schon länger als 6 Monate?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5 Ggf. weitere Erkrankungen des Patienten, die sich negativ auf den angestrebten Heilerfolg der behandelten Krankheit auswirken können?		Wenn nicht zutreffend, Feld bitte streichen! ←
6 Ist die Erkrankung die Folge eines Unfalles oder einer Körperverletzung?	7 Ist die Erkrankung die Folge einer Wehrdienstbeschädigung bzw. Kriegsbeschädigung?	8 Ist die Erkrankung die Folge eines Impfschadens?
9 bei stationärem Aufenthalt: Aufnahmezeit, voraussichtliche Behandlungsdauer	10 Handelt es sich um eine Notaufnahme?	11 Ist die Erkrankung die Folge einer Gewalttat?
12 Behandlungsvorschlag		Wenn nicht zutreffend, Feld bitte streichen! ←

13 Die Behandlung ist überwiegend erforderlich, weil der Patient an einem der nachstehenden Krankheitsbilder leidet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

nachstehende Fragen sind nur zu beantworten, wenn Ziffer 13 mit ja beantwortet wurde

körperlich	↓ Ja	↓ Nein
14 Besteht eingeschränkte Bewegungsfreiheit durch Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Besteht erhebliche Spaltbildung des Gesichtes oder des Rumpfes bzw. bestehen abstoßende Entstellungen, insbesondere des Gesichtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Besteht erhebliche Einschränkung des körperlichen Leistungsvermögens infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs? der Haut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 Besteht Blindheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Besteht Sehbehinderung, mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel, in folgendem Umfang? a) Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 auf dem besseren Auge bzw. beidäugig im Nahbereich (Abstand mind. 30 cm) oder im Fernbereich b) Wegen unter a) nicht erfasster Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19 Besteht Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit, in deren Folge eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfe möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Besteht Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Besteht eine Krebs -Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

seelisch	↓ Ja	↓ Nein
23 Bestehen seelische Störungen, und zwar körperlich nicht begründbare Psychosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Bestehen seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden, von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Besteht eine Neurose, eine Persönlichkeitsstörung oder eine sonstige gravierende psychische Störung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Funktionelle Einbußen infolge der behandelten Erkrankung: (Wenn nicht zutreffend, bitte streichen)		
28 Wenn die Krankheit noch keine 6 Monate besteht: Ist trotz üblicher medizinischer Maßnahmen (ggf. auch Operation) mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass die wesentliche Behinderung über 6 Monate hinaus bestehen bleibt oder eintritt? Das kann frühestens beurteilt werden!	↓ Ja <input type="checkbox"/>	↓ Nein <input type="checkbox"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes)