

Patientenfragebogen KV-Versicherungsstatus Deutsche

Campus: <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> CCM <input type="checkbox"/> CBF _____		Station: _____	Befrager/in (Sozialdienst): _____ Tel.App.: _____	Datum: _____
für Name, Vorname:				
Geburtsdatum:		Geburtsort:		
RentenversNr. <i>(falls bekannt)</i>				
Sind Sie Beamter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> im Ruhestand			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. seit _____.			
Anschrift (Wohnanschrift)				
Anschrift (Postanschrift)				
Telefon:				
Email:				
Sind Sie in Deutschland einwohneramtlich gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <i>Meldestelle</i>			
Wird eine Rente bezogen oder ist diese beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt ab: _____ <input type="checkbox"/> ja, Bezug ab _____ Höhe _____ € Rentenart _____ Rentenversicherungsträger: _____			
Werden/Wurden Sozialleistungen bezogen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt ab _____ <input type="checkbox"/> ja, Bezug von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ALG II von Jobcenter _____ <input type="checkbox"/> SozHilfe von Sozialamt _____			

<p>Gibt es einen (ggf. auch getrennt lebenden) Ehegatten?</p> <p><i>(wenn ja, bitte Name, Anschrift und Geburtsdatum des Ehegatten angeben und die KK, falls bekannt)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja :</p> <p>_____ Vorname, Name Geb.Dat.</p> <p>_____ Straße Nr.</p> <p>_____ PLZ Ort</p> <p>_____ Krankenkasse</p>
<p>Gibt es aktuell eine/n gesetzlich bestellte/n Betreuer/in?</p> <p><i>(soweit bekannt bitte Kontaktdaten der/des Betreuer/s/in angeben)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Frau / Herr</p> <p>_____ Name</p> <p>_____ Tel.</p> <p>_____ Mail</p>
<p>Gibt es einen Angehörigen oder Bekannten mit dem wir zur Unterstützung der KV-Fragen Kontakt aufnehmen dürfen?</p> <p><i>(soweit bekannt bitte Kontaktdaten angeben)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mein/e _____</p> <p>_____ Name</p> <p>_____ Tel.</p> <p>_____ Mail</p>
<p>Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____ ggf. befristet bis: _____</p> <p style="text-align: center;">GdB _____ <i>(sofern mind. 50)</i></p> <p>_____ Ausstellende Behörde des Schwerbehindertenbescheides</p>
<p>Wurde eine Schwerbehinderung beantragt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, am _____ bei:</p> <p>_____ Feststellungsbehörde der Schwerbehinderteneigenschaft</p> <p><i>Anm.: Eile ist nur dann angesagt, wenn Patient/in Chance auf Feststellung einer Schwerbehinderung (GdB mind. 50) und einen GKV-versicherten Ehegatten hat bzw. mindestens ein GKV-versichertes Elternteil. Sonst ist die letzte KK zuständig, egal wie lange das her ist; KV geht rückwirkend.</i></p>

<p>Wie waren Sie zuletzt krankenversichert? (egal, wie lange das zeitlich her ist)</p>	<p><input type="checkbox"/> GKV (weiter mit 1.) <input type="checkbox"/> PKV (weiter mit 2.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sondersystem z.B. bei Inhaftierung, Maßregelvollzug, PostBeaKK, KVB, Beihilfe, freie Heilfürsorge, Bundeswehr / Polizei</p> <p>Wo waren Sie vor der Absicherung im Sondersystem versichert?</p> <p><input type="checkbox"/> GKV (dann weiter mit 1.) <input type="checkbox"/> PKV (dann weiter mit 2.)</p> <p><input type="checkbox"/> noch nie in Deutschland versichert (weiter mit 3.)</p>
<p>Gab es eine Haftzeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____</p> <p>in JVA: _____</p>
<p>1. Wenn zuletzt GKV versichert:</p>	
<p>Name der letzten Krankenkasse? (auch wenn das sehr lange zurück liegt. Es zählt die letzte gesetzliche KK, auch wenn zwischendurch z.B. Haftzeiten lagen.)</p>	<p>_____</p> <p><small>Krankenkasse</small></p> <p><input type="checkbox"/> Angabe sicher <input type="checkbox"/> Angabe vermutet</p>
<p>Bis wann waren Sie krankenversichert?</p>	<p>bis _____ <input type="checkbox"/> genau <input type="checkbox"/> ungefähr</p>
<p>Worüber erfolgte die Krankenversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Arbeitgeber _____ <small>über Firma</small></p> <p><input type="checkbox"/> Jobcenter</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung _____ <small>bei Hauptversichertem</small></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
<p>Wovon haben Sie seit der letzten Krankenversicherung Ihren Lebensunterhalt bestritten?</p>	<p>_____</p>
<p>Ist mindestens ein Kind vorhanden?</p> <p><i>(egal wie alt und wo lebend; Angabe ist erforderlich, da ein vorhandenes Kind den Beitrag zur Pflegeversicherung senkt)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, (Angabe für <u>ein</u> Kind reicht aus:)</p> <p>_____</p> <p><small>Name, Vorname des Kindes</small></p> <p>_____</p> <p><small>Geburtsdatum des Kindes</small></p>

<p>Leben Ihre Eltern bzw. eines Ihrer Elternteile noch oder sind diese evtl. erst innerhalb der letzten zwei Jahre verstorben?</p> <p><i>(wenn ja, bitte Name/n, Anschrift und Geburtsdatum angeben und die KK, falls bekannt)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja :</p> <p>Mutter: <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> verstorben am _____</p> <p>_____ Vorname, Name GebDat</p> <p>_____ Straße Nr.</p> <p>_____ PLZ Ort</p> <p>_____ Krankenkasse</p> <p>Vater: <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> verstorben am _____</p> <p>_____ Vorname, Name GebDat.</p> <p>_____ Straße Nr.</p> <p>_____ PLZ Ort</p> <p>_____ Krankenkasse</p>
<p>Waren Sie in der unversicherten Zeit im Ausland?</p> <p>Wenn ja, waren Sie dort ggf. krankenversichert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, in _____ <i>Land</i></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja bei _____ <i>Ausl. Krankenkasse</i></p>
<p>2. Wenn zuletzt PKV versichert:</p>	
<p>Bei welcher Privatkasse waren Sie krankenversichert?</p>	<p>_____ <i>Name des Versicherungsunternehmens</i></p>
<p>Bis wann ungefähr?</p>	<p>bis ca. _____</p>
<p>Gibt es Vertragsunterlagen zu Beginn und Beendigung der letzten Mitgliedschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, werden kopiert</p>
<p>Hat das Vertragsverhältnis vor seiner Kündigung mind. 5 Jahre ununterbrochen bei demselben Versicherungsunternehmen bestanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht sicher zu beantworten</p> <p><i>(relevant zur Prüfung der Wiederherstellungspflicht nach §5 Abs. 9 SGB V)</i></p>

Besteht Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <i>Beihilfenstelle</i> Personenkennzeichen für Beihilfe: _____
Waren Sie vor der PKV-Versicherungszeit schon mal gesetzlich krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <small>gesetzl. Krankenkasse</small> von _____ bis _____
Sind/Waren Sie hauptberuflich selbständig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ bis _____ <small>Beruf</small>
Waren Sie in der unversicherten Zeit im Ausland? Wenn ja, waren Sie dort ggf. krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____ <small>Land</small> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ <small>Ausl. Krankenkasse</small> <small>Anm.: Wenn nur eine PKV-Versicherung infrage kommt, muss möglichst schnell ein Antrag im Basistarif (BT) gestellt werden. PKV-KK kann frei gewählt werden, es muss aber nicht die letzte genommen werden. PKV geht nicht rückwirkend, sondern besteht frühestens ab Eingang des voll-ständig ausgefüllten Formantrags bei der PKV-KK</small>
3. Wenn noch nie in Deutschland versichert gewesen: Anmerkung: Der Fall kommt sehr selten vor, kann aber mal sein:	
Wovon haben Sie bislang Ihren Lebensunterhalt bestritten?	
Waren Sie selbständig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ bis _____ <small>Beruf</small>
Haben Sie bislang in einem anderen Land gelebt? Wenn ja, in welchem Land?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____ <small>Land</small> <small>(interessant sind die Länder der EU, des EWR und die Schweiz)</small>
Waren Sie dort krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ <small>Ausl. Krankenkasse</small>