

## Patientenfragebogen KV-Versicherungsstatus Drittstaatler/innen

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:	_____
Familienstand:	_____		
Staatsangehörigkeit:	_____		
Letztes Wohnortland:	_____		
Anschrift in Deutschland:	_____		
Anschrift im letzten Wohnortland:	_____		
Telefon:	_____		
Email:	_____		
Aktueller Aufenthalt in Deutschland	seit: _____ bis voraussichtlich: _____ _____ - _____		
Gibt es aktuell eine/n gesetzlich bestellte/n Betreuer/in? <i>(soweit bekannt bitte Kontaktdaten der/des Betreuer/s/in angeben)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Frau / Herr _____ <i>Name</i> _____ <i>Tel.</i> _____ <i>Email</i>		
Gibt es einen Angehörigen oder Bekannten, mit dem wir zur Unterstützung der KV-Fragen Kontakt aufnehmen dürfen? <i>(soweit bekannt bitte Kontaktdaten angeben)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mein/e _____ _____ <i>Name</i> _____ <i>Tel.</i> _____ <i>Email</i>		

<p>Haben Sie einen Pass?  <i>Wenn ja, Kopien von den relevanten Seiten fertigen incl. der Seiten mit den Ein- und Ausreisestempeln.</i></p> <p>Haben Sie einen Aufenthaltstitel?  <i>Wenn ja, Kopie fertigen von allen Seiten.</i></p> <p>Haben Sie eine Duldung / Aufenthaltsgestattung/Fiktionsbescheinigung?  <i>Wenn ja, Kopien fertigen.</i></p> <p>Haben / Hatten Sie ein Visum?  <i>Wenn ja, Kopien fertigen.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Anm.: Wenn alles verneint wird, dann muss ein Asylantrag gestellt werden.</i></p>
<p>Wenn mit einem Schengen-Visum eingereist sind, bei welchem Versicherungsunternehmen wurde ggf. vor Reisebeginn eine Auslandsreiseversicherung abgeschlossen?</p>	<p>bei: _____  Reiseversicherungstarif, falls bekannt:  _____</p>
<p>Wurde bei Ihnen schon eine Schwerbehinderung festgestellt?</p> <p><i>Wenn ja, wann, von welchem Amt, Höhe des GdB (mind. 50), ggf. Befristung?</i></p> <p><i>Die Fragen nach der Schwerbehinderung und ggf. den Eltern (s.u.) dienen für einen evtl. Beitritt als schwerbehinderter Mensch gem. § 9 (1) Nr. 4 SGB V.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> beantragt am _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____</p> <p>ggf. befristet bis _____</p> <p style="text-align: center;">GdB _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">prüfende / ausstellende Behörde</p> <p>_____</p>
<p>Waren Sie schon einmal in Deutschland krankenversichert?</p> <p><i>Wenn nein, dann weiter bei „Noch nie in D. versichert gewesen“; wenn ja, unten weiter bei „Wenn zuletzt GKV versichert“</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>Noch nie in Deutschland versichert gewesen</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Waren Sie im Heimatland krankenversichert?</p> <p>Wenn ja, wissen Sie, was das für eine Versicherung war?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bis ca.: _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> über eine Arbeit</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> über eine Rente</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> über eine Familienvers.</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p>

<p>Wenn ja, bei welcher KK (Name und Anschrift, falls bekannt)?</p>	<p>_____</p> <p>Name der Kasse</p> <p>_____</p> <p>Regionale Geschäftsstelle</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p>
<p>Wovon haben Sie bislang Ihren Lebensunterhalt bestritten?</p>	
<p>Gab es eine Haftzeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja,</p> <p>von _____ bis _____</p> <p>in JVA: _____</p>
<p>Haben Sie schon mal Alg II bezogen?  <i>(ggf. hat das Jobcenter keine Meldung zur Krankenkasse vorgenommen)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bei Jobcenter: _____</p> <p>_____</p>
<p><b>Es gibt eine KV in Deutschland</b></p>	
<p>In welchem Versicherungssystem waren Sie in D. zuletzt versichert (egal, wie lange das zeitlich her ist)?</p>	<p><input type="checkbox"/> GKV                      <input type="checkbox"/> PKV</p>
<p><b>* Wenn zuletzt GKV versichert</b></p>	
<p>Letzte Krankenkasse?  <i>(auch wenn das sehr lange zurück liegt. Es zählt die letzte gesetzliche KK, auch wenn zwischendurch z.B. Haftzeiten lagen.)</i></p>	<p>_____</p> <p>Name der KK</p> <p>_____</p> <p>Bundesland der letzten KK</p>
<p>Bis wann waren Sie (ungefähr) versichert?</p>	<p>bis: _____</p>
<p>Worüber erfolgte die Anmeldung zur Versicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Arbeit, Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Studium</p> <p><input type="checkbox"/> Jobcenter</p> <p><input type="checkbox"/> Rente</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung</p>

