

2. Angaben von der begleiteten Person

Bitte die Angaben von der begleiteten Person oder deren gesetzlichen Betreuer ausfüllen lassen.

2.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversichertennummer:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Es besteht eine gesetzliche Krankenversicherung?	☐ Ja	☐ Nein	
Krankenkasse:			

2.2. Es liegt eine Behinderung vor und es werden Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

☐ Ja (Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen.) ☐ Nein

2.3. Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG) gegen Entgelt:

☐ Ja ☐ Nein

2.4. Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich? (Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung [Muster 2], welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde.)

☐ Ja ☐ Nein

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die oben genannten Angaben ändern, werde ich die Begleitperson und deren Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der begleiteten Person/des Betreuers