

**Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache für eine medizinische Notfallbehandlung
für eine Person mit Wohnsitz im Kanton Zürich gestützt auf § 16a des Sozialhilfegesetzes
sowie § 21 Abs. 1 lit. b der Sozialhilfeverordnung**

Gesuchstellende Institution	
Adresse	
Ansprechperson Administration	
Telefonnummer, Email	
Ansprechperson Medizin / Soziales	
Telefonnummer, Email	
Patient/in	
Patienten- /Fallnummer	
Name	
Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Optional: Nationalität / Heimatort	
Wohnadresse	
Behandlung	
Handelt es sich um eine Notfallbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ambulant oder stationär?	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Behandlungsdatum / Eintritt	
Austritt	<input type="checkbox"/> noch anwesend
Behandlungsursache	
Name und Adresse der zuweisenden Stelle	<input type="checkbox"/> Selbsteinweisung
Zuweisung erfolgt aus	<input type="checkbox"/> Kanton Zürich <input type="checkbox"/> aus anderem Kanton: <input type="text"/>
Kostensicherung	
Krankenversicherungsleistung wird geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Reiseversicherungsleistung wird geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Weitere Versicherungsleistungen werden geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Bar- oder Depotzahlung wird geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Schuldenerkennung / Teilzahlung wird geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Garantieerklärungen von Dritten wird geprüft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund:
Unterschrift und Beilagen	
Ort, Datum	
Unterschrift der Administration	
Unterschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin	