



Direktion für Inneres und Justiz  
Amt für Sozialversicherungen  
Abteilung Prämienverbilligung und Obligatorium

Forelstrasse 1  
3072 Ostermundigen  
+41 31 636 45 00  
asv.vp@be.ch  
www.be.ch/pvo

# Meldeformular

## Patient ohne schweizerische Krankenversicherung

Version vom November 2021

An die Patientin, an den Patienten

Damit das Amt für Sozialversicherungen (ASV) überprüfen kann, ob Sie in der Schweiz versicherungspflichtig sind und sich bei einer Krankenkasse versichern müssen, benötigt das ASV folgende Angaben.

Behandlungszeitraum

Vom  bis

Behandlung

ambulant  stationär

## Personalien Patient

(vom Patienten auszufüllen)

Ihre Angaben werden vom ASV vertraulich behandelt!

Anrede

Frau  Herr  Neutrale Anrede

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Telefonnummer

E-Mail

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Seit wann wohnen Sie an dieser Adresse?

Kontaktperson:

Anrede

Frau     Herr     Neutrale Anrede

Nachname

Vorname

Telefonnummer

E-Mail

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Waren Sie früher einmal bei einer schweizerischen Krankenkasse versichert?

Ja     Nein

Krankenkasse

Versichertennummer

Zeitraum

Grund des Austritts

Sie haben eine Aufenthaltsbewilligung (wenn möglich Kopie beilegen)

B    C    F    L    N    G

→ weiter zu Abschnitt «Unterschrift Patient»

Sie haben keine gültige Aufenthaltsbewilligung  
und/oder sind bei keiner Gemeinde angemeldet

→ weiter zu Abschnitt «Angaben zum Aufenthalt in  
der Schweiz»

## Angaben zum Aufenthalt in der Schweiz

(vom Patienten auszufüllen)

Ihre Angaben werden von uns nicht an die Fremdenpolizei weitergegeben!

Einreisedatum in die Schweiz

Waren Sie früher einmal in der Schweiz als Asylbewerber/in gemeldet?

Ja     Nein

Falls ja, von wann bis wann?

Vom  bis

Seit wann leben Sie ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz?

Wie lange beabsichtigen Sie an der aktuellen Adresse wohnhaft zu sein?

Bis auf weiteres

Bis (Datum)

Falls Sie nur bis zu einem bestimmten Datum an der aktuellen Adresse wohnhaft sind, Wegzug nach

Sind Sie seit Ihrer Einreise in die Schweiz immer in der Schweiz wohnhaft?

Ja  Nein

Falls nein, von wann bis wann sind Sie im Ausland wohnhaft?

Vom  bis

Haben Sie die Absicht dauerhaft im Kanton Bern oder in der Schweiz zu bleiben?

Ja  Nein

Falls ja, in welchem Kanton

Falls nein, in welchem Land wohnen Sie

## Unterschrift Patient

(vom Patienten auszufüllen)

Bemerkungen

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten

## Leistungserbringer

Schicken Sie uns bitte bei stationären Patienten dieses Formular so rasch wie möglich per E-Mail:  
[asv.vp@be.ch](mailto:asv.vp@be.ch)

Bemerkungen

[Empty text input field for Bemerkungen]

Name der Kontaktperson

Telefonnummer für Rückfragen

[Empty text input field for Name der Kontaktperson]

[Empty text input field for Telefonnummer für Rückfragen]

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des  
Leistungserbringers

[Empty text input field for Ort]

[Empty text input field for Datum]

[Empty text input field for Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers]