

Antrag auf Kinderkrankengeld bei Mitaufnahme während der stationären Behandlung meines Kindes

Versicherte, die bei stationärer Behandlung ihres Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Kinderkrankengeld. Unter anderem ist eine Bescheinigung von der stationären Einrichtung über das Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme sowie über den Zeitraum der Mitaufnahme erforderlich.

Der Antrag ist bei der Krankenkasse des mitaufgenommenen Elternteils zusammen mit der Bescheinigung der stationären Einrichtung einzureichen.

1. Daten des mitaufgenommenen Elternteils

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Versichertennummer:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>

2. Daten des Kindes

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Versichertennummer:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>		

3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme

Vom/Am:	<input type="text"/>	Bis einschließlich:	<input type="text"/>
Vom/Am:	<input type="text"/>	Bis einschließlich:	<input type="text"/>
Vom/Am:	<input type="text"/>	Bis einschließlich:	<input type="text"/>

4. Weitere Angaben des mitaufgenommenen Elternteils

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes im Rahmen der stationären Mitaufnahme der Arbeit ferngeblieben bin oder der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stand. Für die Begleitung meines o. g. Kindes während der Zeiten unter Ziffer 3. hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt /in Anspruch genommen.

Falls zutreffend: Die stationäre Behandlung meines Kindes ist/war Folge¹

- eines Kita- oder Schulunfalls eines sonstigen Unfalls
 einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht² (SER).

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in):	<input type="text"/>																				
IBAN:	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
BIC:	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

¹ Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 2).

² Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignissen im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes und Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden sind.

Bescheinigung der stationären Einrichtung über die medizinisch notwendige Mitaufnahme nach § 45 Abs. 1a SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung dient als Nachweis über das Vorliegen medizinischer Gründe bei einer stationären Mitaufnahme eines Elternteils sowie über deren Dauer.

Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern das zu begleitende Kind unter 12 Jahre alt ist oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Das Kind

Name der Patientin/des Patienten

Vorname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift der Patientin/des Patienten

Krankenkasse

Krankenversichertennummer

befindet/befand sich in stationärer Behandlung¹ in unserer Einrichtung.

Die stationäre Behandlung ist/war erforderlich aufgrund eines/einer

- Kita- oder Schulunfalls / -folgen.
- sonstigen Unfalls / Unfallfolgen.
- gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht² (SER).

Kostenträger der stationären Behandlung

- gesetzl. Krankenkasse (GKV)
- andere (z. B. Berufsgenossenschaft, Dt. Rentenversicherung, PKV)

Am/Vom _____ bis _____,

am/vom _____ bis _____,

am/vom _____ bis _____ erfolgte die Mitaufnahme von:

Name des Elternteils

Vorname des Elternteils

Geburtsdatum des Elternteils

Angabe nur erforderlich, sofern das Kind das 9. Lebensjahr vollendet hat³:

Die Mitaufnahme ist/war aus medizinischen Gründen erforderlich Ja Nein

Datum

Stempel der stationären Einrichtung

Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes

¹ Gemeint sind voll-, teil- und tagesstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V, stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V sowie die stationäre Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V.

² Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignissen im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes und Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden sind.

³ Ist das Kind unter 9 Jahre alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nachgewiesen betrachtet.