

Allgemein

Gesetzlich krankenversicherte nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld eines Menschen mit Behinderungen, der aus medizinischen Gründen eine Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung benötigt, können einen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn ihnen durch die Begleitung ein Verdienstausschlag entsteht.

Dafür sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen
Beispiel, dass die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag vollständig aus und senden diesen unterschrieben an uns zurück.

Beachten Sie, dass der Antrag aus mehreren Seiten besteht. Reichen Sie uns bitte alle Nachweise (...die Bescheinigung des Krankenhauses zu den medizinischen Gründen und zur Dauer Ihrer Begleitung) zusammen mit dem Antrag ein.

Angaben der Begleitperson – Antragstellerin / Antragsteller

Name Vorname	Geburtsdatum	Straße + Hausnummer
Telefonnummer*	Steuer-Identifikations-Nr.	PLZ + Wohnort

Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der genannten Person, die ich begleite, bin ich

- ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, ... Mutter, Großvater, Schwager).
- eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.

Angaben zur Begleitung Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen.

Die medizinisch notwendige Begleitung erfolgte

durch eine Mitaufnahme vom _____ bis _____

Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)
Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)
Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)
Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)
Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)

ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus inklusive Zeiten der An- und Abreise)

Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine/n Mitarbeitende/n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe?

- Nein
- Ja, zu folgenden Zeiten * Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben
-

Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit

Für Arbeitnehmende Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- vollständig ferngeblieben
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen _____

Ich habe während der Begleitung

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber
- einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber vom _____ bis _____
- einen unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen vom _____ bis _____

Für Selbstständige Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- vollständig ferngeblieben
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen _____

Ich habe während der Begleitung

- einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen
- einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von _____, _____ Euro
- keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- keine andere Entgeltersatzleistung
- vom _____ bis _____ Kurzarbeitergeld wegen vollständiger (100 %) Kurzarbeit.
- eine andere Entgeltersatzleistung _____

Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- wird nicht beendet
- wird beendet am _____ * Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen

Besteht ein krankenversicherungsfreies Arbeitsverhältnis? Ja Nein

geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum
Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten der Arbeitgeber gewechselt? Ja Nein

Wenn ja - wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen Ja Nein

Urlaubsgeld / Weihnachtsgeld gezahlt? Ja Nein

Bankverbindung	
Bankverbindung	Name der Bank _____
IBAN	_____
BIC	_____
Kontoinhaber	_____
* Name + Anschrift	_____ _____
Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.	

Datum	Unterschrift
_____	_____

Angaben von der begleiteten Person		
Name Vorname	Geburtsdatum	Straße + Hausnummer
Telefonnummer*	Krankenkasse	PLZ + Wohnort
Es liegt eine Behinderung vor und es werden Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen nach §§ 90 – 150 SGG IX § 35a SGB VIII oder §27d Abs 1 Nr 3 BVG		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
* Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen		
Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt? nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
* Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung [Muster 2] welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde		
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 begleitenden Person / des Betreuers

**Bescheinigung vom Krankenhaus über die medizinisch notwendige Begleitung
nach § 44b SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse**

Diese Bescheinigung kann als Ersatz für die Bescheinigungen nach § 4 Absatz 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vom Krankenhaus ausgestellt werden.

Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern die Begleitperson stationär mitaufgenommen wurde oder ihre notwendige Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten ihrer An- und Abreise insgesamt 8 Stunden oder mehr am Tag umfassen.

Während der stationären Krankenhausbehandlung von

Name / Vorname Patient(in)

Geburtsdatum Patient(in)

_____ . _____ . _____

Ist / war eine stationäre Mitaufnahme oder ganztägige Begleitung erforderlich, da bei der genannten Person

ein Kriterium der Fallgruppe _____ gemäß der Anlage der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vorliegt

mindestens eine sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt

Die Begleitung erfolgte durch

Name / Vorname Patient(in)

Geburtsdatum Patient(in)

_____ . _____ . _____

vom _____ bis _____

an den folgenden Tagen _____

Die Krankenhausbehandlung war Folge eines Unfalls Ja Nein

Datum

Stempel Krankenhaus

Unterschrift Stationsarzt

_____ . _____ . _____