

## Allgemein

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.

## Daten des mitaufgenommenen Elternteils

Name Vorname	Geburtsdatum	Straße + Hausnummer
_____	____.____.____	_____
KV-Nummer	PLZ + Wohnort	
_____	_____	_____

## Daten des Kindes

Name Vorname	Geburtsdatum	KV-Nummer
_____	____.____.____	_____
Krankenkasse		
_____		

## Zeitraum der stationären Mitaufnahme

vom (Datum)	bis (Datum)
____.____.____	____.____.____
vom (Datum)	bis (Datum)
____.____.____	____.____.____
vom (Datum)	bis (Datum)
____.____.____	____.____.____
vom (Datum)	bis (Datum)
____.____.____	____.____.____
vom (Datum)	bis (Datum)
____.____.____	____.____.____

### 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 hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt / in Anspruch genommen.

Die stationäre Behandlung meines Kindes ist / war Folge<sup>1</sup>

- eines Kita- oder Schulunfalls
  eines sonstigen Unfalls  
 einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht<sup>2</sup> (SER).

Ich bitte um Überweisung an die folgende Bankverbindung:

### Bankverbindung

Bankverbindung  Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum  Unterschrift  Telefonnummer (freiwillige Angabe)

- 1 Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster2).
- 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.

## Allgemein

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 Vorname	Geburtsdatum	Straße + Hausnummer
--------------	--------------	---------------------

Krankenkasse	KV-Nummer	PLZ + Wohnort
--------------	-----------	---------------

### Befindet / befand sich in stationärer Behandlung<sup>1</sup> in unserer Einrichtung.

Die stationäre Behandlung ist / war erforderlich aufgrund eines / einer:

- Kita- oder Schulunfalls / -folgen       sonstigen Unfalls / Unfallfolgen  
 einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht<sup>2</sup> (SER).

### Kostenträger der stationären Behandlung

<input type="checkbox"/> gesetzl. Krankenkasse (GKV)	<input type="checkbox"/> andere (Berufsgenossenschaft, Dt. Rentenversicherung, PKV)
vom (Datum)	bis (Datum)

vom (Datum)	bis (Datum)
-------------	-------------

vom (Datum)	bis (Datum)
-------------	-------------

erfolgte die Mitaufnahme von:

Name des Elternteils	Vorname des Elternteils	Geburtsdatum des Elternteils
----------------------	-------------------------	------------------------------

### Angabe nur erforderlich, sofern das Kind das 9. Lebensjahr vollendet hat<sup>3</sup>.

Die Mitaufnahme ist / war aus medizinischen Gründen erforderlich  Ja  Nein

Datum	Stempel der Einrichtung	Unterschrift des 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.