

## Krankengeld bei Erkrankung Ihres Kindes

Versicherte(r): \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Angehörige(r): \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

1.	Sind Sie alleinerziehend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							
1.1	Welche Personen leben noch mit Ihnen im Haushalt? (Bitte geben Sie jeweils den Namen, den Vornamen und das Geburtsdatum an)	1.2 Wieso kann (können) die genannte(n) Person(en) die Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege Ihres Kindes nicht übernehmen?	1.3 Wo ist (sind) die genannte(n) Person(en) krankenversichert? (Wenn privat versichert, bitte Einkommen angeben.)					
2.	Ist die Erkrankung Ihres Kindes Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, war es ... <input type="checkbox"/> ein Schul- oder Kindergartenunfall (bzw. ein Unfall auf dem Weg dorthin?)  Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift der Schule bzw. Kindertagesstätte an.  <input type="checkbox"/> eine tätliche Auseinandersetzung? <input type="checkbox"/> ein Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> ein sonstiger Unfall?						
2.1	Bitte geben Sie Tag, Stunde und Ort des Unfalls an.							
2.2	Wer hat den Unfall verschuldet? (Name und Anschrift)							
2.3	Bitte schildern Sie kurz, wie es zum Unfall kam (eventuell die Rückseite verwenden).							
3.	An welchen Tagen konnten Sie wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres Kindes Ihre Arbeit nicht ausüben?  von _____ bis _____ = _____ Arbeitstag(e) Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers an _____							
4.	An welchen Tagen arbeiten Sie? (von/bis ... Uhr)							
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
	Telefonnummer, unter der Sie tagsüber zu erreichen sind: _____							
	_____ Datum				_____ Unterschrift			