

## **Antrag auf Kinder-Krankengeld bei Mitaufnahme während der stationären Behandlung meines Kindes**

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

## **1. Daten des mitaufgenommenen Elternteils**

Name, 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 die Beaufsichtigung oder Pflege des erkrankten Kindes im Rahmen der stationären Mit- aufnahme der Arbeit ferngeblieben bin oder der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stand. Für die Begleitung meines o. g. Kindes während der Zeiten unter 3. hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt/in Anspruch genommen.

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

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

Während des stationären Aufenthaltes (Zeiten unter Ziffer 3), habe ich

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
  - Anspruch auf Entgeltfortzahlung für:                    Tage.

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

**Bank:** \_\_\_\_\_

BIC: | | | | | | | | | |

Kontoinhabende Person: \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Telefon (freiwillige Angabe)

<sup>1</sup> Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 2).  
<sup>2</sup> Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Ereignissen im Zusammenhang mit Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädi-

**Antwort**

mhplus  
71632 Ludwigsburg

**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.

Sie ist nur auszufüllen, sofern das zu begleitende Kind unter 12 Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Bescheinigung gilt für voll-, teil-, tagesstationäre und stationsäquivalente Krankenhausbehandlungen, sowie für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen<sup>1</sup> von erkrankten (§ 45 Abs. 1a SGB V), verletzten (§ 45 Abs. 4 SGB VII) oder geschädigten (§ 47 Abs. 10 SGV XIV) Kindern.

**Das Kind**

Name Kind: \_\_\_\_\_ Vorname Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**befindet/befand sich in stationärer Behandlung in unserer Einrichtung.**

**Am/Vom:** \_\_\_\_\_ **bis einschließlich:** \_\_\_\_\_ ,

**vom/am:** \_\_\_\_\_ **bis einschließlich:** \_\_\_\_\_ ,

**vom/am:** \_\_\_\_\_ **bis einschließlich:** \_\_\_\_\_ **erfolgte die Mitaufnahme von:** \_\_\_\_\_

Versicherter / Versicherte:

Versicherungsnummer:

**Die Mitaufnahme ist/war aus medizinischen Gründen erforderlich**  Ja  Nein

Die Angabe ist für Kinder zwischen 9 – 11 Jahren bzw. bei behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindern ab 9 Jahren erforderlich<sup>2</sup>.

**Die stationäre Behandlung ist/war erforderlich aufgrund eines/einer** (sofern bekannt und zutreffend)

eines Kita, Kindergartens - oder Schulunfalls.  eines sonstigen Unfalls.

einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht (SER)<sup>3</sup>.

**Kostenträger der stationären Behandlung** (sofern bekannt)

gesetzliche Krankenversicherung (GKV)  andere (z. B. BG, DRV, PKV)

X

Datum

Stempel der stationären Einrichtung

Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes

<sup>1</sup> Die Bescheinigung ist sowohl von Krankenhäusern als auch von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu verwenden.

<sup>2</sup> Ist das Kind unter 9 Jahre alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nachgewiesen betrachtet.

<sup>3</sup> Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Ereignissen im Zusammenhang mit Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursachen, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden ist.