

## 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

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Telefon Vorwahl

Telefon Rufnummer

Festnetz

Mobil

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

### 2. Daten des Kindes

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Krankenkasse

### 3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme

Am/Vom  bis einschließlich  ,  
Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

am/vom  bis einschließlich  ,  
Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

am/vom  bis einschließlich   
Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

#### 4. Weitere Angaben des mitaufgenommenen Elternteils

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege meines 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 oder in Anspruch genommen.

Falls zutreffend: Die stationäre Behandlung meines Kindes ist/war Folge\*

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

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber: Nachname

Kontoinhaber: Vorname

Kreditinstitut

IBAN

BIC des Kreditinstitutes (8 bis 11 Stellen)

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

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift

\* Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 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.

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung eines Anspruchs auf Kinderkrankengeld erhoben und verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c und e DSGVO). Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: **kkh.de/datenschutz**

## 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 einer stationären Mitaufnahme eines Elternteils sowie über deren Dauer.

Sie ist nur auszustellen, 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 stationäre Rehabilitationsleistungen\* von erkrankten (§ 45 Abs. 1a SGB V), verletzten (§ 45 Abs. 4 SGB VII) oder geschädigten (§ 47 Abs. 10 SGB XIV) Kindern.

### Das Kind

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Krankenkasse

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

Am/Vom  bis ,

Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

am/vom  bis ,

Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

am/vom  bis

Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

erfolgte die Mitaufnahme von

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

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\*\*.

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

eines Kita- oder Schulunfalls bzw. dessen Folgen.

eines sonstigen Unfalls bzw. dessen Folgen.

einer behördlich anerkannten gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht\*\*\* (SER).

Der Kostenträger der stationären Behandlung (sofern bekannt) ist

die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

eine andere Institution (z.B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, PKV).

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Stempel der stationären Einrichtung & Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes

\* Diese Bescheinigung ist sowohl von Krankenhäusern als auch von stationären Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen zu verwenden.

\*\* Ist das Kind unter 9 Jahre alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nach-gewiesen betrachtet.

\*\*\* 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 verursacht haben, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden sind.