

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zusammen  
mit der Bescheinigung der stationären Einrichtung zurücksenden an:

KNAPPSCHAFT  
Fachteam Arbeitsunfähigkeit  
45095 Essen

### 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	_____
Versichertennummer	_____	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ	_____	Wohnort	_____

#### 2. Daten des Kindes

Name	_____	Vorname	_____
Versichertennummer	_____	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenkasse	_____		

#### 3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme

vom/ am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis einschließlich	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
vom/ am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis einschließlich	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
vom/ am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis einschließlich	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

YRCMI07012 11985

#### 4. 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 unter Ziffer 3. hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt/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).

Anzahl der freigestellten Arbeitstage während der stationären Mitaufnahme: .

#### Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in) \_\_\_\_\_

IBAN

BIC

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Sofern sich die o.g. Verhältnisse ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

# 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<sup>1</sup> von erkrankten (§ 45 Abs. 1a SGB V), verletzten (§ 45 Abs. 4 SGB VII) oder geschädigten (§ 47 Abs. 10 SGB XIV) Kindern.

## Das Kind

_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Wohnort	PLZ
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
Krankenversicherturnummer	Krankenkasse	

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

Am/vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	,
am/vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	,
am/vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## erfolgte die Mitaufnahme von:

_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Name des Elternteils	Vorname des Elternteils	Geburtsdatum des Elternteils

## 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

- Kita- oder Schulunfalls/-folgen.
- sonstigen Unfalls/Unfallfolgen.
- behördlich anerkannten gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht<sup>3</sup> (SER).

## Kostenträger der stationären Behandlung

gesetzl. Krankenkasse (GKV)      andere (z. B. Berufsgenossenschaft, Dt. Rentenversicherung, PKV)

YRCMI07012 11985

_____	_____	_____
Datum	Stempel der stationären Einrichtung	Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes

1 Diese Bescheinigung ist sowohl von Krankenhäusern als auch von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu verwenden.  
2 Ist das Kind unter 9 Jahre alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nachgewiesen betrachtet.  
3 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.