

# 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: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

## 2. Daten des Kindes

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## 3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme

Vom/Am: \_\_\_\_\_ Bis einschließlich: \_\_\_\_\_  
Vom/Am: \_\_\_\_\_ Bis einschließlich: \_\_\_\_\_  
Vom/Am: \_\_\_\_\_ Bis einschließlich: \_\_\_\_\_

## 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 <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 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)

<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, 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.