

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.

Wichtig zu wissen: Bitte reichen Sie den Antrag zusammen mit der Bescheinigung der stationären Einrichtung bei der Krankenkasse des mitaufgenommenen Elternteils ein.

1 Daten des mitaufgenommenen Elternteils

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ
Hausnummer	Ort
Versichertennummer	Telefonnummer (freiwillige Angabe)

2 Daten des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Versichertennummer	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 Folge¹

☐ eines Kita- oder Schulunfalls ☐ eines sonstigen Unfalls ☐ einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht² (SER)

5 Bankverbindung

Name, Vorname Kontoinhaber / -in (falls abweichend vom Antragsteller / von der Antragstellerin)
IBAN

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

Datum	Ort
Unterschrift der/des Versicherten	

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

¹ Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 2).

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.

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 Rehabilitationsleistungen¹ 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	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Wohnort	PLZ
Versichertennummer	Krankenkasse	

befindet/befand sich in stationärer Behandlung in unserer Einrichtung.

Vom/Am	bis
Vom/Am	bis
Vom/Am	bis

erfolgte die Mitaufnahme von:

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 erforderlich².

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

- ☐ Kita- oder Schulunfalls / -folgen.
- ☐ sonstigen Unfalls / Unfallfolgen.
- ☐ behördlich anerkannten gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht³ (SER).

Kostenträger der stationären Behandlung (sofern bekannt)

- ☐ gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ☐ andere (z. B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, PKV)

Datum	Stempel der stationären Einrichtung
-------	-------------------------------------

Unterschrift des Stationsarztes/der Stationsärztin
--

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.

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)