

**HEK**  
**Geldleistungen**  
**22039 Hamburg**

**Tipp: schnell und sicher über unsere  
HEK Service-App zurücksenden**

**Antrag auf Kinderkrankengeld  
bei Mitaufnahme während der stationären Behandlung meines Kindes**

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Versicherte, die bei stationärer Behandlung ihres Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mit aufgenommen 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 mit aufgenommenen Elternteils **zusammen mit der Bescheinigung der stationären Einrichtung** einzureichen.

**1. Daten des mit aufgenommenen Elternteils**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

**2. Daten des Kindes**

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

**3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme**

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

**4. Weitere Angaben des mit aufgenommenen 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 oben genannten Kindes während der Zeiten unter dem dritten Punkt hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt oder in Anspruch genommen.

Die stationäre Behandlung meines Kindes ist/war Folge\*

- eines Kita- oder Schulunfalls.
- eines sonstigen Unfalls.
- einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht\*\*.

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Ich bitte um Überweisung auf folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber
Kreditinstitut
IBAN <span style="float: right;">BIC</span>

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherter

\* 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.

## Bescheinigung der stationären Einrichtung über die medizinisch notwendige Mitaufnahme nach § 45 Abs. 1a Sozialgesetzbuch (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.

Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern das zu begleitende Kind unter zwölf Jahren alt ist oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

### Das Kind

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

#### Die stationäre Behandlung ist/war erforderlich aufgrund

- eines Kita- oder Schulunfalls.  
 eines sonstigen Unfalls.  
 einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht\*\*.

#### Kostenträger der stationären Behandlung

- gesetzliche Krankenversicherung (GKV)  
 andere (zum Beispiel Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, Private Krankenversicherung)

#### Die Mitaufnahme von

Name des Elternteils: \_\_\_\_\_ Vorname des Elternteils: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

erfolgte zu folgenden Zeiten:

am/vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
am/vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

#### Die Mitaufnahme ist/war aus medizinischen Gründen erforderlich (erforderlich, sofern das Kind das neunte Lebensjahr vollendet hat\*\*):

- ja  nein

Institutionskennzeichen der stationären Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der stationären Einrichtung

\* Gemeint sind voll-, teil- und tagesstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V, stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V sowie die stationäre Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V.

\*\* 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.

\*\*\* Ist das Kind unter neun Jahren alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nachgewiesen betrachtet.