

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.
14456 Potsdam

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zu einer stationären Krankenhausbehandlung

Teil A

Angaben der Begleitperson (Antragsteller/-in)

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Steuer-Identifikationsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Verhältnis zur begleiteten Person

Ich bin: ein naher Angehöriger nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (z. B. Mutter, Großvater, Schwager,...)
 eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld

3. Angaben zur Begleitung

Bitte fügen Sie eine Bescheinigung des Krankenhauses bei. Sollten Sie keine separate Bescheinigung haben, reicht auch der ausgefüllte **Teil C** aus.

Die medizinisch notwendige Begleitung der in Teil B genannten Person erfolgt

durch eine **Mitaufnahme** am/seit/vom _____ bis _____

ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten:

Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)

(Angabe aller Anwesenheitszeiten im Krankenhaus, inkl. Zeiten der An- und Abreise)

4. Begleitung durch Mitarbeitende der Eingliederungshilfe

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine/n Mitarbeitende/n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe:

- Nein Ja und zwar zu folgenden Zeiten:
(Bitte Wochentage und jeweilige Zeiträume angeben)

Wochentag,
Zeitraum
(von – bis) _____

5. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit

a) Arbeitnehmer/-innen:

Aufgrund der Begleitung bin ich

- der Arbeit **vollständig** ferngeblieben.
 der Arbeit an folgenden Tagen ferngeblieben: _____

Während der Begleitung habe ich

- keinen** Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch meinen Arbeitgeber.
 einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch meinen Arbeitgeber
vom _____ bis _____
 unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen
vom _____ bis _____

b) Selbständige:

Aufgrund der Begleitung bin ich

- der Arbeit **vollständig** ferngeblieben.
 der Arbeit an folgenden Tagen ferngeblieben: _____

Während der Begleitung habe ich

- einen **vollständigen Ausfall** von Arbeitseinkommen.
 einen **teilweisen Ausfall** von Arbeitseinkommen in Höhe von _____ EUR.
 keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

6. Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- keine andere Entgeltersatzleistung.
 Kurzarbeitergeld wegen vollständiger Kurzarbeit (100%)
vom _____ bis _____
 folgende andere Entgeltersatzleistung: _____

7. Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. der Erwerbstätigkeit

Mein Arbeitsverhältnis/meine Erwerbstätigkeit wird während der Begleitung

nicht beendet.

beendet zum*: _____

wegen **Rentenbezug** beendet zum*: _____

*Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte die Gewerbeabmeldung in Kopie beifügen.

8. Besteht aktuell ein krankensicherungsfreies Arbeitsverhältnis?

(z. B. eine geringfügige Beschäftigung, ein Praktikum, eine Werkstudententätigkeit)

Ja Nein

9. Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten den Arbeitgeber gewechselt?

Ja Nein

Wenn „Ja“: Wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen, wie z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld gezahlt?

Ja Nein

10. Ihre aktuelle Bankverbindung

Tipp: IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug.

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Kontoinhaber (sofern **abweichend** vom Empfänger)

Ich habe alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sollten sich zu irgendeiner Frage nachträglich Änderungen ergeben, informiere ich meine Krankenkasse umgehend darüber.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung des Krankengeldanspruchs nach § 44b ff. SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z. B. einer verzögerten Bearbeitung bis hin zum Versagen der Leistung, führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Teil B

Angaben zur Person, die Sie ins Krankenhaus begleiten

Bitte lassen Sie die nachfolgenden Fragen entweder von der zu begleitenden Person selbst ausfüllen. Alternativ durch den gesetzlich bestimmten Betreuer.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversichertennummer: | | | | | | | | | | | | | | | | _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Besteht aktuell eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenversicherung?

Nein Ja, bei: _____
Name der Krankenkasse

2. Liegt eine Behinderung vor und werden Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 90-150 SGB IX, § 35 a SGB VIII oder § 27 Abs. 1 Nr. 3 BVG bezogen?

Ja* Nein.

*Bitte legen Sie entsprechende Nachweise über den Bezug der Eingliederungshilfe in Kopie bei.

3. Erbringt die Person aus Teil A gegen Entgelt Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 90-150 SGB IX, § 35 a SGB VIII oder § 27 Abs. 1 Nr. 3 BVG?

Ja Nein.

4. Ist/war die Krankenhausbehandlung in Folge eines Unfalls erforderlich?

Ja Nein.

Ich habe alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sollten sich zu irgendeiner Frage nachträglich Änderungen ergeben, informiere ich meine Krankenkasse umgehend darüber.

Datum

Unterschrift der zu begleitenden Person / der gesetzlichen Betreuung

Teil C

Bescheinigung des Krankenhauses über die medizinisch notwendige Begleitung nach § 44b SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung kann als Ersatz für die Bescheinigung nach § 4 Absatz 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) durch das Krankenhaus ausgestellt werden.

Die Bescheinigung ist nur auszufüllen, sofern die in Teil A benannte Begleitperson stationär mitaufgenommen wurde oder ihre notwendige Anwesenheit im Krankenhaus sowie die Zeiten ihrer An- und Abreise insgesamt 8 Stunden oder mehr pro Tag umfassen.

1. Während der stationären Krankenhausbehandlung* von

Name, Vorname Patient/-in

Geburtsdatum Patient/-in

ist bzw. war eine stationäre Mitaufnahme/ganztägige Begleitung erforderlich, da bei der hier genannten Person

ein Kriterium der Fallgruppe _____ gemäß der Anlage der KHB-RL vorliegt.

mindestens eine der folgenden, sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigungen oder Beeinträchtigungen vorliegt:

2. Die Begleitung der oben genannten Person erfolgte an folgenden Tagen:

durch

Name, Vorname Begleitperson

Geburtsdatum Begleitperson

3. Die Krankenhausbehandlung war Folge eines Unfalls:

Ja Nein.

Datum

Unterschrift Stationsarzt/-ärztin, Stempel des Krankenhauses

*Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V – dazu gehören teil- und vollstationäre, stationsäquivalente sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen.