

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung nach § 44 b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Voraussetzungen für die Zahlung:

- Die zu begleitende Person ist gesetzlich krankenversichert, bezieht Leistungen der Eingliederungshilfe und hat eine Behinderung nach § 2 SGB IX.
- Die Begleitung zur stationären Krankenhausbehandlung ist medizinisch notwendig.
- Die Begleitperson ist gesetzlich krankenversichert und ihr entfällt für diese Zeit das Entgelt.

1. Angaben der Begleitperson (Antragstellerin/Antragsteller)

1.1 Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversichertennummer:		Geburtsdatum:	
Straße Hausnummer:			
PLZ Wohnort:			
Telefon: (freiwillige Angabe)			
Steuer-Identifikationsnummer:			

1.2 Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten Person, die ich begleite, bin ich

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

1.3 Angaben zur Begleitung (Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen. Hierzu kann die beigefügte Bescheinigung vom Krankenhaus genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 im Krankenhaus erfolgte

- durch eine Mitaufnahme am/seit/vom _____ bis _____.
- ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus inklusive Zeiten der An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von – bis)						

1.4 Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)

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

- Nein
- Ja, zu folgenden Zeiten (Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben):

2. Angaben der begleiteten Person

Bitte die Angaben von der begleiteten Person oder deren gesetzlichen Betreuer ausfüllen lassen.

2.1 Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversichertennummer:		Geburtsdatum:	
Straße Hausnummer:			
PLZ Wohnort:			
Telefon: (freiwillige Angabe)			
Es besteht eine gesetzliche Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Krankenkasse:			

2.2 Es liegt eine Behinderung vor und es werden Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35 a SGB VIII oder § 27 d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

Ja (Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen.) Nein

2.3 Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35 a SGB VIII oder § 27 d Abs. 1 Nr. 3 BVG) gegen Entgelt:

Ja Nein

2.4 Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich?

Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 2), welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde.

Ja Nein

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

Datum

Unterschrift der begleiteten Person/des Betreuers

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung des Krankengeldanspruchs nach § 44 b 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/plus. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS, 01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000* (kostenfrei), service@plus.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden, aok.de/plus/datenschutzrechte.

3. Bescheinigung vom Krankenhaus über die medizinisch notwendige Begleitung nach § 44 b SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung kann als Ersatz für die Bescheinigungen nach § 4 Absatz 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vom Krankenhaus ausgestellt werden. Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern die Begleitperson stationär mitaufgenommen wurde oder ihre notwendige Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten ihrer An- und Abreise insgesamt 8 Stunden oder mehr am Tag umfassen.

Während der stationären Krankenhausbehandlung von

Name und Vorname Patient(in)

Geburtsdatum Patient(in)

ist/war eine stationäre Mitaufnahme oder ganztägige Begleitung erforderlich, da bei der genannten Person

ein Kriterium der Fallgruppe _____ gemäß der Anlage der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vorliegt.

mindestens eine sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt, und zwar:

Die Begleitung erfolgte durch

Name und Vorname Begleitperson

Geburtsdatum Begleitperson

seit/vom _____

bis _____

am/an folgenden Tagen: _____

Die Krankenhausbehandlung war Folge eines Unfalls Ja Nein

Datum

Stempel des Krankenhauses

Unterschrift des Stationsarztes

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung und Zahlung des Krankengeldes nach § 44 b SGB V erhoben und verarbeitet. Geben Sie uns die Daten nicht an, hat dies nachteilige Auswirkungen auf den Leistungsanspruch unseres Versicherten. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK PLUS oder den Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de.