

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 Kinderpflege-Krankengeld. 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/Haus-Nr.	
PLZ/Ort		

2. Daten des Kindes

Name	Vorname	Versichertennummer
Geburtsdatum	Krankenkasse	

3. Zeitraum der stationären Mitaufnahme

vom (TT/MM/JJJJ)	bis einschließlich: (TT/MM/JJJJ)
vom (TT/MM/JJJJ)	bis einschließlich: (TT/MM/JJJJ)
vom (TT/MM/JJJJ)	bis einschließlich: (TT/MM/JJJJ)

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).

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.

5. Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

BIC	
IBAN	
Steuer-ID	

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)
-------	-----------------------------------	------------------------------------

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung des Anspruchs auf Kinderpflege-Krankengeld nach § 45 ff. SGB V erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Auskunft kann zu einer Verzögerung in der Bearbeitung bis hin zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest. Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.