



## Antrag auf Kinderkrankengeld bei stationärer Mitaufnahme

### Stationär behandelt wird:

Name:

Vorname:

Anschrift

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Selbst versichert  Familienversichert mit:

Krankenkasse:

### Mitaufgenommen wird:

Name:

Vorname:

Anschrift

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Selbst versichert  Familienversichert mit:

Krankenkasse:

### Sonstige Angaben:

#### Um welche Art der stationären Behandlung handelt es sich?

- stationäre Krankenhausbehandlung – voll-, teil- oder tagesstationär (§ 39 SGB V)
- stationäre Vorsorgeleistung (§ 23 SGB V)
- stationäre Rehabilitationsleistung (§ 40 Abs. 2 SGB V)

Falls es sich um eine stationäre Rehabilitationsleistung handelt: Wer trägt die Kosten dieser stationären Behandlung?

Name des Trägers, von dem die Leistung bewilligt wurde:



**BKK PFAFF**  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-93  
Telefax: 0631 31876-99  
info@bkk-pfaff.de

## Antrag auf Kinderkrankengeld bei stationärer Mitaufnahme

Ist die stationäre Behandlung wegen einer Erkrankung erforderlich, die durch einen Unfall verursacht wurde? (Unfallfolgen)

ja  nein

**Wenn ja:** Hat sich der Unfall in der Kita/im Kindergarten, in der Schule oder auf dem direkten Hin- bzw. Rückweg zu oder von einer dieser Einrichtungen ereignet?

ja  nein

Sind Sie alleinerziehend?

ja  nein

**Zeitraum Ihrer stationären Mitaufnahme:** Bei unterbrochener Mitaufnahme geben Sie bitte die Einzelzeiträume Ihrer Begleitung an. Dies könnte z. B. sein, wenn Ihre Mitaufnahme im Wechsel mit Ihrem Partner erfolgte.

von:	_____	bis:	_____
von:	_____	bis:	_____
von:	_____	bis:	_____

### Bitte beifügen – Bescheinigung(en) der stationären Einrichtung:

- Bestätigung der Dauer/des Zeitraums Ihrer Mitaufnahme
- Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme  
(nur erforderlich bei Kindern ab dem Alter von neun Jahren)

### Erstattung bitte auf folgendes Konto

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für dasselbe erkrankte Kind in meinem Antragszeitraum vom anderen Elternteil zeitgleich kein Kinderkrankengeld in Anspruch genommen wird.**