

Antrag Krankengeld für Begleitpersonen

1. Angaben der Begleitperson (Antragstellerin/Antragsteller)

1.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversicherungsnummer:		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 unter Ziffer 3 genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 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 einen Mitarbeiter der Eingliederungshilfe (Assistenz)

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch einen Mitarbeiter eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe?

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

Bertelsmann BKK
 Kranken- und Pflegeversicherung
 Carl-Miele-Str. 214
 33311 Gütersloh
 IK 103 725 342

Montag bis Freitag 8:00 - 17:00 Uhr
 Fon +49 (0)5241 80-74000
 Fax +49 (0)5241 80-74140
 service@bertelsmann-bkk.de
 www.bertelsmann-bkk.de

Bankverbindung
 Commerzbank AG
 IBAN DE73 4784 0065 0158 0950 00
 Sparkasse Gütersloh
 IBAN DE66 4785 0065 0001 2312 32

Datenschutzhinweis: Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz. Für eine Zusendung per Post rufen Sie uns bitte an.

1.5. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit oder Erwerbstätigkeit:

Für Arbeitnehmer: Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

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

Für Selbstständige: Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

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

1.6. Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

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

1.7. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- wird nicht beendet.
- wird beendet am* _____.
- wird wegen Rentenbezug beendet am* _____.

* Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

1.8. Besteht ein krankensicherungsfreies Arbeitsverhältnis (geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)?

- Nein
- Ja

1.9. Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten der Arbeitgeber gewechselt?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) gezahlt?

- Nein
- Ja

Angaben von der begleiteten Person

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

1.11. Persönliche Daten begleitete Person

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:			

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

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

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

Ja Nein

1.14. 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

2. Bescheinigung vom Krankenhaus über die medizinisch notwendige Begleitung nach § 44b 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 Krankenhausbehandlung¹ 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

¹ Gemeint sind stationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V. Dazu gehören die teil- und vollstationäre, stationsäquivalente sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen.