

# Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit

vom

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

bis einschließlich

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Kita- oder Schulunfall / -folgen

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

SER

|   |
|---|
| Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes |
|---|

## Antrag der/des Versicherten\* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

\*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.

|                  |   |
|------------------|---|
| Name             | Vorname   |
| Geburtsdatum     | Versichertennummer  |
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort   |
| IBAN             | Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) |

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.

Ich bin Alleinerziehende(r)  ja  nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.

Datum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Unterschrift der/des Versicherten |
|-----------------------------------|