

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
