

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung einer behinderten Person zur Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

1. Daten der Begleitperson (Antragsstellende Person)

a) Grunddaten

Name, Vorname

KVNR Geb.Datum

Adresse

PLZ, Wohnort

Steuer-ID

b) Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten behandelten Person bin ich

- eine nahe Angehörige / ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz; z. B. Mutter, Großvater, Schwager,...).
- eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.
- nichts von den beiden vorgenannten Punkten, sondern

Beschreibung des Verhältnisses zwischen begleitender und behandelter Person

c) Angaben zur Begleitung

Die medizinisch notwendige Begleitung erfolgte

- durch stationäre Mitaufnahme:

1.) Von Bis

2.) Von Bis

- ohne stationäre Mitaufnahme, aber zu folgenden Zeiten:

Bitte erfassen Sie Ihre Anwesenheitszeiten im Krankenhaus inklusive der Zeiten von An- und Abreise.

Datum	Uhrzeiten (von - bis)	Datum	Uhrzeiten (von - bis)

Bitte fügen Sie immer eine Bescheinigung des Krankenhauses bei, dass die medizinische Notwendigkeit der Begleitung / stationären Mitaufnahme bestätigt. Eine Vorlage ist Teil dieses Antrags.

d) Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte **zusätzlich** eine Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe?

- Nein
- Ja, an folgenden Tagen / Zeiten:

Tage / Zeiten der zusätzlichen Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

e) Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit

(1) Für Arbeitnehmende:

Sind Sie gegen Arbeitsentgelt beschäftigt?

- Nein Ja

Besteht (auch) ein krankenversicherungsfreies Arbeitsverhältnis (z. B. geringfügige Beschäftigung, Praktikum, Werkstudententätigkeit)?

- Nein Ja, bei

Name, Anschrift des aktuellen Arbeitgebers

Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- vollständig ferngeblieben.
 an folgenden Tagen teilweise ferngeblieben:

Tage, an denen Sie der Arbeit teilweise ferngeblieben waren

Ich habe während der Begleitung

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.
 folgenden Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber:

Tage, an denen Sie einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben

- für folgende Tage unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen:

Tage, an denen Sie unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen haben

Bestand in den letzten 12 Monaten eine weitere Beschäftigung?

- Nein Ja, bei

Name, Anschrift des ehemaligen Arbeitgebers

Wenn ja, wurde in den letzten 12 Monaten von diesem Arbeitgeber eine Einmalzahlung (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, ...) gezahlt?

- Nein Ja

(2) Für Selbstständige:

Sind Sie Selbstständig?

- Nein Ja

Wenn ja, ist die Anlage „Erklärung zu Geldleistungen von Selbstständigen“ **und** der aktuelle Einkommenssteuerbescheid mit dem Antrag zu übermitteln.

Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- vollständig ferngeblieben.
 an folgenden Tagen teilweise ferngeblieben:

Tage, an denen Sie der Arbeit teilweise ferngeblieben waren

Ich habe während der Begleitung

- einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen.
 einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen:

Höhe Ihres Einkommensausfalls in Euro

- keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

f) Beendigung des Arbeitsverhältnisses/Aufgabe der Erwerbstätigkeit

Das Arbeitsverhältnis / die Erwerbstätigkeit wird während der Begleitung

- nicht beendet.
- beendet:

Datum und Hintergrund für die Beendigung (Rentenbezug, Geschäftsaufgabe, ...)

Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

g) Bezug anderer Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Kinderkrankengeld, Kurzarbeitergeld, ...):

- Nein
- Ja, folgende:

Zeiten und Bezeichnung der Entgeltersatzleistung

h) Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung der Geldleistung auf folgendes Konto:

Deutsche IBAN

ausländische IBAN

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungsempfänger(in) voneinander abweichen:

Name und Anschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse für die Zeit des Bezugs ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Telefonnummer

(für Rückfragen)

- Freiwillige Angabe -

_____|_____|_____

Datum

Unterschrift der/des **Versicherten**

2. Daten der begleiteten Person (Behandelte Person)

a) Persönliche Daten

Name, Vorname

KVNR

Geb.Datum

Adresse

PLZ, Wohnort

Es besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

Ja, bei

Nein

Name der gesetzlichen Krankenkasse

b) Liegt eine Behinderung vor?

Ja

Nein

c) Beziehen Sie Leistungen der Eingliederungshilfe?

Ja

Nein

Bitte fügen Sie einen Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe (nach §§ 90 bis 150 SGB IX, § 35a SGB VIII, §§ 53 ff. SGB XII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG) bei.

d) Erbringt die Begleitperson für Sie Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt?

Ja

Nein

e) Ist / War die Krankenhausbehandlung in Folge eines Unfalls erforderlich?

Ja

Nein

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse für die Zeit des Bezugs ändern, werde ich meine Begleitperson und sie umgehend informieren.

Telefonnummer

(für Rückfragen)

- Freiwillige Angabe -

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Datum

Unterschrift der **begleiteten Person**

Anlage 1 zum Antrag auf Krankengeld bei Begleitung einer behinderten Person zur Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

3. 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.

Diese Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern

- die Begleitperson stationär mitaufgenommen wurde **oder**
- ihre notwendige Anwesenheit im Krankenhaus inklusive der Zeiten ihrer An- und Abreise insgesamt mindestens 8 Stunden am Tag umfassen.

Während der stationären Krankenhausbehandlung¹ von

Name, Vorname

KVNR

Geb.Datum

ist/war eine stationäre Mitaufnahme oder ganztägige Begleitung erforderlich.

Es liegt folgende Begründung hierfür vor:

- Eine Fallgruppe gemäß der Anlage der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vorliegt, nämlich:

Fallgruppe

- Mindestens eine sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt, und zwar:

Beschreibung der Schädigung / Beeinträchtigung

Die Begleitung erfolgte durch

Name, Vorname

KVNR

Geb.Datum

- durch stationäre Mitaufnahme:

1.) Von Bis

2.) Von Bis

- ohne stationäre Mitaufnahme, aber als Begleitung an folgenden Tagen:

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum

War die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls?

Ja

Nein

Datum

Stempel des Krankenhauses / Unterschrift **des ärztlichen Dienstes**

¹ Gemeint sind stationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V.

Dazu gehören die teil- und vollstationäre, stationsäquivalente sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen.

Anlage 2 zum Antrag auf Krankengeld bei Begleitung einer behinderten Person zur Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

4. Erklärung zu Geldleistungen für Selbstständige

Diese Anlage ist nur auszufüllen und zurückzusenden, wenn Sie (die Begleitperson) Selbstständig tätig sind.

a) Einkommenssteuerbescheid

Mein letzter Einkommenssteuerbescheid betrifft das Kalenderjahr

Kalenderjahr

und

- liegt der BARMER bereits vor.
- füge ich bei.

b) Erklärung zur selbstständigen Tätigkeit

Hiermit erkläre ich, dass ich meine selbstständige Tätigkeit bis zum Beginn der Mitaufnahme / Begleitung ausgeübt habe.

- Ja Nein

c) Erklärung zu weiteren Einnahmen (z. B. Rente, ...)

Haben Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, bzw. Altershilfe für Landwirte beantragt oder beziehen Sie eine solche Rente?

- Nein
- Ja, beantragt ...
 - am
 - von
 - für RV-Nummer
- Ja, ich beziehe ...
 - seit
 - von
 - für RV-Nummer

Wenn ja: Es handelt sich um ...

- teilweise Erwerbsminderungsrente.
- volle Erwerbsminderungsrente.
- Altersrente.
- Rente oder andere Versicherungsgeldleistung aus dem Ausland.
- Rentenähnliche Bezüge aus einer Zusatzversorgungseinrichtung freiberuflich Tätiger (z. B. Ärzte, Anwälte, ...).
- Vorruhestandsgeld.
- Landabgaberente / Altersgeld.

Nehmen Sie während der Mitaufnahme / Begleitung an einem Arbeitszeitmodell im Sinne des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen teil (Altersteilzeit) teil?

- Nein
- Ja, beantragt ...
 - am
 - ab
- Ja, ich beziehe ...
 - seit

d) Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung

Während des Krankengeldbezugs sind ggf. Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zu zahlen. Um die Versicherungspflichten beurteilen zu können, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen.

Sollten Beiträge zu entrichten sein, geben wir Ihnen diese bekannt. Ihre Beitragsanteile, bzw. Ihren Beitragsanteil werden wir automatisch vom zu zahlenden Krankengeld einbehalten und abführen.

(1) Rentenversicherung (RV)

Haben Sie im letzten Jahr vor Beginn der Mitaufnahme / Begleitung zur RV Beiträge gezahlt?

- Ja, zuletzt ... Nein
- an _____
- am (Datum) _____
- für Monat/Jahr _____
- für RV-Nummer _____

Es handelte sich um ...

- Pflichtbeiträge
- ... aus einer selbstständigen Tätigkeit.
 - ... aus einer geringfügigen Beschäftigung.
 - ... aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung.
 - ... aus einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit.
 - ... aus Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, ...).
 - ... aus Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II / Bürgergeld).
- freiwillige Beiträge.

Sind Sie in der RV versicherungsfrei bzw. von der Versicherungspflicht befreit worden oder haben Sie aufgrund eines Antrags zum 31.12.1994 die Versicherungspflicht beendet (bei einer selbstständigen Tätigkeit in den neuen Bundesländern)?

- Ja, ... Nein
- ab (Datum) _____

Sofern Sie rentenversicherungsfrei sind oder den letzten Pflichtbeitrag vor über einem Jahr entrichtet haben und deshalb nicht rentenversicherungspflichtig sind, besteht die Möglichkeit für die Zeit des Krankengelds Rentenversicherungspflicht zu beantragen. Auskunft und Unterlagen erhalten Sie bei den folgenden Stellen:

- Rentenversicherungsträger (inkl. deren Auskunfts- und Beratungsstellen)
- Versichertenberatende und Versichertenälteste der Rentenversicherung
- Versicherungsämter
- Stadt- und Gemeindeverwaltungen

Der Antrag auf Versicherungspflicht ist unmittelbar bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger einzureichen. Die genannten Stellen nehmen den Antrag auf Versicherungspflicht ebenfalls auf. Die Antragsfrist beträgt drei Monate ab Beginn der Leistung.

Haben Sie vor einen Antrag auf Versicherungspflicht zu stellen?

- Ja Nein

Beachten Sie, dass bei „Ja“ die Beiträge zu Rentenversicherung unter Vorbehalt einbehalten werden. Die Beiträge werden erstattet, wenn der Antrag zurückgezogen oder vom Rentenversicherungsträger rechtskräftig abgelehnt wird.

(2) Knappschaftliche Rentenversicherung

Werden für Sie Beiträge zur Knappschaftlichen Rentenversicherung abgeführt?

- Ja, zuletzt ... Nein
am (Datum) _____
für Monat/Jahr _____
für RV-Nummer _____

(3) Arbeitslosenversicherung

Zahlen Sie aufgrund der Selbstständigkeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung?

- Ja, zuletzt ... Nein
am (Datum) _____
für Monat/Jahr _____
Kundennummer _____

(4) Pflegeversicherung

Sind Sie in der Pflegeversicherung von der Versicherungspflicht befreit worden?

- Ja, siehe **beigefügten Befreiungsbescheid...** Nein
vom (Datum) _____

e) Sind Sie selbstständig als Künstlerin/Künstler oder Publizistin/Publizist?

Liegt ein Bescheid der Künstlersozialkasse über die Versicherungspflicht vor?

- Ja, siehe **beigefügten Bescheid...** Nein
vom (Datum) _____

Haben Sie einen Antrag auf Feststellung der Versicherungspflicht bei der Künstlersozialkasse gestellt?

- Ja, ... Nein
am (Datum) _____

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse für die Zeit des Bezugs ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Telefonnummer
(für Rückfragen)

_____ - Freiwillige Angabe -

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Datum

Unterschrift der/des **Versicherten**