

MUSTER 21 – ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DEN BEZUG VON KRANKENGELD BEI ERKRANKUNG EINES KINDES

HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN
AUSFÜLLHILFE

DEZERNAT ÄRZTLICHE UND
VERANLASSTE LEISTUNGEN
ABTEILUNG VERANLASSTE LEISTUNGEN
1. JULI 2024

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<p>Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p>												
<p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit</p> <p>vom <input type="text" value="TTMMJJ"/> ① <input type="text" value="TTMMJJ"/> ②</p> <p>bis einschließlich <input type="text" value="TTMMJJ"/> ③ <input type="text" value="Kita- oder Schulunfall / -folgen"/></p> <p><input type="checkbox"/> ④ sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ SER</p>													
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>													
<p>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes <i>*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name</td> <td style="width: 50%;">Vorname</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum <input type="text" value="TTMMJJ"/></td> <td>Versichertennummer <input type="text" value="XXXXXXXXXX"/></td> </tr> <tr> <td>Straße, Haus-Nr. <input type="text" value="PLZ"/> <input type="text" value="Wohnort"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IBAN <input type="text" value="IBAN"/></td> <td>Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) <input type="text" value="BIC"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Datum <input type="text" value="TTMMJJ"/></td> <td style="text-align: right;">Unterschrift der/des Versicherten</td> </tr> </table>		Name	Vorname	Geburtsdatum <input type="text" value="TTMMJJ"/>	Versichertennummer <input type="text" value="XXXXXXXXXX"/>	Straße, Haus-Nr. <input type="text" value="PLZ"/> <input type="text" value="Wohnort"/>		IBAN <input type="text" value="IBAN"/>	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) <input type="text" value="BIC"/>	<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p>		Datum <input type="text" value="TTMMJJ"/>	Unterschrift der/des Versicherten
Name	Vorname												
Geburtsdatum <input type="text" value="TTMMJJ"/>	Versichertennummer <input type="text" value="XXXXXXXXXX"/>												
Straße, Haus-Nr. <input type="text" value="PLZ"/> <input type="text" value="Wohnort"/>													
IBAN <input type="text" value="IBAN"/>	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) <input type="text" value="BIC"/>												
<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p>													
Datum <input type="text" value="TTMMJJ"/>	Unterschrift der/des Versicherten												
<p>Muster 21 (7.2024)</p>													

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. „vom“/„bis einschließlich“

Der Zeitraum der Erkrankung des Kindes ist anzugeben.

2. Kita-/Schulunfall/-folgen

Das Feld ist bei einem Unfall in einer Kita oder Schule (auch auf dem Weg aus der/in die Einrichtung) oder deren Unfallfolgen anzukreuzen. Im Personalienfeld ist der zuständige Unfallversicherungsträger anzugeben.

3. sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Das Feld ist anzukreuzen, wenn kein Kita- oder Schulunfall vorliegt, sondern ein sonstiger Unfall oder eine Unfallfolge.

4. SER

Leistungsanspruch nach SGB XIV ist hier zu kennzeichnen.

Mehr Informationen

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 15,5 MB):
www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf