

Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21)

2.21.7 Muster 21/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p style="font-size: 24pt; margin: 0;">21</p> <p>Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte</p> <p>vom <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>bis einschließlich <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung</p> <p>notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: 8pt; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>														
<p>Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p>																
<p>Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____</p> <p>PLZ, Wohnort: _____ Straße, Haus-Nr.: _____</p>																
<p>Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____</p> <p>Bankleitzahl: <input style="width: 100px;" type="text"/> Konto-Nr.: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																
<p>Arbeitgeber: _____ Anschrift: _____</p>																
<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber</p> <p><input type="checkbox"/> keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage während der Freistellung von der Arbeit habe.</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des o.g. genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir</p> <p><input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> für _____ Tage bezogen.</p>																
		<p style="font-size: 8pt;">Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____</p>														
<p>* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.</p>																
<p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p>Muster 21/E (7 2004) KBV-PRF-NR.</p>														