

Bescheinigung der stationären Einrichtung über die medizinisch notwendige Mitaufnahme nach § 45 Abs. 1a SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung dient als Nachweis über das Vorliegen medizinischer Gründe einer stationären Mitaufnahme eines Elternteils sowie über deren Dauer.

Sie ist nur auszustellen, sofern das zu begleitende Kind unter 12 Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Bescheinigung gilt für voll-, teil-, tagesstationäre und stationsäquivalente Krankenhausbehandlungen sowie für stationäre Vorsorge- und stationäre Rehabilitationsleistungen¹ von erkrankten (§ 45 Abs. 1a SGB V), verletzten (§ 45 Abs. 4 SGB VII) oder geschädigten (§ 47 Abs. 10 SGB XIV) Kindern.

Das Kind

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Straße, Hausnummer _____	Wohnort _____	PLZ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Krankenversichertennummer																					Krankenkasse _____	

befindet/befand sich in stationärer Behandlung in unserer Einrichtung.

Am / Vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,

am / vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,

am / vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 erfolgte die Mitaufnahme von:

_____ Name des Elternteils	_____ Vorname des Elternteils	_____ Geburtsdatum des Elternteils
-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Die Mitaufnahme ist / war aus medizinischen Gründen erforderlich Ja Nein

Die Angabe ist für Kinder zwischen 9 - 11 Jahren bzw. bei behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindern ab 9 Jahren erforderlich².

Die stationäre Behandlung ist / war erforderlich aufgrund eines/einer (sofern bekannt und zutreffend)

- Kita- oder Schulunfalls / -folgen.
- sonstigen Unfalls / Unfallfolgen.
- behördlich anerkannten gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht³ (SER).

Kostenträger der stationären Behandlung (sofern bekannt)

- gesetzliche Krankenversicherung (GKV) andere (z. B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, PKV)

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Datum											_____ Stempel der stationären Einrichtung	_____ Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes

¹ Diese Bescheinigung ist sowohl von Krankenhäusern als auch von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu verwenden.

² Ist das Kind unter 9 Jahre alt, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme aus medizinischen Gründen als nachgewiesen betrachtet.

³ Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Ereignissen im Zusammenhang mit Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden sind.