

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

21

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis einschließlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig

☐ ja

☐ nein

Unfall

☐ ja

☐ nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten