

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

**Angaben des mitaufgenommenen Elternteils:**

Versichertennummer:  
Name:

Diese Bescheinigung dient als Nachweis über das Vorliegen medizinischer Gründe bei einer stationären Mitaufnahme eines Elternteils sowie über deren Dauer. Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern das zu begleitende Kind unter zwölf Jahre alt ist oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

**In unserer stationären Behandlung befindet/ befand sich:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Zeitraum der stationären Behandlung:**

Am/ Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Am/ Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Am/ Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die stationäre Behandlung ist/ war erforderlich aufgrund eines/ einer

- eines Kita- oder Schulunfalls
- eines sonstigen Unfalls
- einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Soz. Entschädigungsrecht (SER).

**Angabe nur erforderlich, sofern das Kind das 9. Lebensjahr vollendet hat:**

Die Mitaufnahme ist/ war aus medizinischen Gründen erforderlich  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum                      Stempel der stationären Einrichtung                      Unterschrift d. Ärztin/ Arztes