



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Ärztliche Bescheinigung 21</b> <b>für den Bezug von</b> <b>Krankengeld bei Erkrankung</b> <b>eines Kindes</b>
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

  

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit

vom 1 T T M M J J

bis einschließlich 1 T T M M J J

☐ **2** Kita- oder Schulunfall / -folgen  
☐ **3** sonstiger Unfall, Unfallfolgen  
☐ **4** SER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

  

**Antrag der/des Versicherten\* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes**  
*\*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.*

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versichertennummer
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">T</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">T</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">J</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">J</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span>
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
<span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>	<span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>
IBAN	
<span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)
<span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>	<span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja ☐ nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.

Datum TTMMJJ

Unterschrift der/des Versicherten

Muster 21 (7.2024)

## 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

Themenseite

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):

[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)