

**Hinweis:**

Die Bescheinigung kann als Ersatz für die Bescheinigung nach § 4 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vom Krankenhaus ausgefüllt werden.

**Antwort**

hkk Krankenkasse  
 – Krankengeld –  
 28185 Bremen

Versicherte/r:

Anschrift:

RV-Nr.:

KV-Nr.:

**Bescheinigung**

**vom Krankenhaus über die medizinisch notwendige Begleitung nach § 44b SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse**

1. Während der stationären Behandlung von

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ist/war eine stationäre Mitaufnahme oder ganztägige Begleitung erforderlich.  
 Es liegt folgende Begründung hierfür vor:

Eine Fallgruppe gemäß Anlage der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie, nämlich:  
 \_\_\_\_\_

Mindestens eine sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigung oder Beeinträchtigung, und zwar:

(Beschreibung der Schädigung oder Beeinträchtigung)

2. Die Begleitung erfolgte durch

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

stationäre Mitaufnahme

Von		Bis	
Von		Bis	

ohne stationäre Mitaufnahme, aber an folgenden Tagen

Datum	Datum	Datum	Datum

