



Antrag auf Ausgleich von Verdienstausschlag bei Mitaufnahme eines Elternteils im Krankenhaus.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Erkrankten

Krankenversicherungsnummer

Anschrift, Telefonnummer

Begleitperson

Name, Vorname, Geburtsdatum der Begleitperson

Krankenversicherungsnummer

Arbeitgeber der Begleitperson

Notwendigkeit der Mitaufnahme

Die Mitaufnahme ist/war medizinisch notwendig vom _____ bis _____

Name der Einrichtung _____ (Bitte Bestätigung vom Krankenhaus/Arzt beifügen.)

Verdienstausschlag (Bitte vom Arbeitgeber ausfüllen lassen.)

Aufgrund der Mitaufnahme ist folgender Verdienstausschlag angefallen

Zeitraum vom _____ bis _____

Bruttoausfall _____ Euro Nettoausfall _____ Euro für _____ Arbeitstage

tariflicher Sonderurlaub bezahlter Urlaub Überstunden/Mehrarbeitsstunden unbezahlter Urlaub

Stempel, Unterschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers

Bankverbindung

IBAN _____

Kontoinhaber

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig gemacht habe.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.audibkk.de/datenschutz.