



Mitgliedsnummer (bitte angeben!):

## Bestätigung über die Erforderlichkeit der stationären Mitaufnahme der Mutter/des Vaters

### A. Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

### B. Angaben zur stationären Krankenhausbehandlung des Kindes

1. Ist/War die stationäre Mitaufnahme der Mutter/des Vaters aus medizinischen Gründen notwendig?

nein

ja, und zwar

die Mitaufnahme der Mutter

die Mitaufnahme des Vaters

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

für die Zeit vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

2. Bemerkungen des behandelnden Krankenhausarztes

------------------------------------------

### C. Bestätigung des behandelnden Krankenhausarztes

Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Krankenhausarztes