# Wiederaufnahme für Krankenpflege/ Krankengeld

**Mitglied seit ..... als..... Arzt - Nr. ……**

**MITGLIED**

Vor- u. Zuname: **.....**

Wohnadresse: **.....**

Ärztlich tätig als/wo: **.....**

Gesetzlich krankenversichert bei: **.....**

**GATTIN/GATTE**

Vor- u. Zuname: **.....**Arzt- Nr.:**.....**

Gesetzlich krankenversichert bei: **.....**

**UNVERSORGTE KINDER:**

Name:**……**geb. am:**……**Name:**……**geb. am:**……..**

Name:**……**geb. am:**……**Name:**……**geb. am:**……**

**KRANKENUNTERSTÜTZUNG (ABT. 1a)** **AUFNAHME AB: .....**

**12 MONATE WARTEZEIT: .....**

- **Krankenpflegehilfe**: ➔Mitglied **.....** € **.....**

  ➔ Angehörige (Gatte / Kinder) € **.....**

- **Krankengeldhilfe Klasse .....** € **.....**

**Begründung der Wiederaufnahme:**

**.....**

**.....** **.....**

Datum (Unterschrift)

**STAND 01.01.2012**