

**Versicherungsrechtliche Beurteilung von Praktikanten,
die ein vorgeschriebenes Praktikum ableisten**

Name, Vorname	Geb. Datum	Vers.-Nummer	Familienstand
Straße		PLZ/Ort	beschäftigt als
_____ EUR monatliches Entgelt der zu beurteilenden Beschäftigung		Dauer des Praktikums: _____	

1. Handelt es sich um ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum? Ja *) Frage 2 prüfen
Nein Beurteilungsbogen Praktikanten verwenden

Ergänzende Angaben zum Praktikum, wenn die jeweilige Frage mit „Ja“ beantwortet wird:

Praktikum von _____ bis _____

2. Wird das Praktikum während des Studiums als so genanntes Zwischenpraktikum abgeleistet? Ja Versicherungsfreiheit
Nein Frage 3 prüfen

Studium ab _____ bis voraussichtlich _____

3. Wird das Praktikum vor oder nach dem Studium (Vor- oder Nachpraktikum) abgeleistet, ist der Praktikant nicht / noch nicht / nicht mehr immatrikuliert? Ja Frage 4 prüfen
Nein Feststellungsbogen kurzfristig Beschäftigte verwenden

4. Wird Arbeitsentgelt gezahlt? Ja Versicherungspflicht zur KV, PV, RV, ALV **
Nein Versicherungspflicht in RV, ALV *** für KV, PV Frage 5 prüfen

5. Besteht eine Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse? Ja vorrangige Familienversicherung
Nein Versicherungspflicht als Praktikant in der KV, PV. Beiträge sind vom Praktikanten selbst zu zahlen.

* Bitte Praktikantenvertrag, sofern ein solcher abgeschlossen ist, zu den Personalunterlagen nehmen.

** Arbeitsentgelt nicht mehr als 325 EUR? Wenn ja, hat der Arbeitgeber auch den Arbeitnehmer-Beitragsanteil zu tragen.

*** Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung hat der Arbeitgeber nach einem fiktiven monatlichen Entgelt von 24,50 EUR (West) oder 20,65 EUR (Ost) abzuführen.

Für die Richtigkeit: _____
Datum Arbeitnehmer Arbeitgeber

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 SGB V und § 98 des SGB X

Ergebnis:	Es besteht	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppen- schlüssel
		Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Beitragsgruppen- schlüssel
		Beitragszuschlag zur PV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

zuständige Einzugsstelle: _____

Datum / Unterschrift des Feststellenden _____