

## Top-Up Fewer Opportunities: Chronische Erkrankung / chronic illness

Die untenstehende Person bewirbt sich um eine Erasmus+ Förderung für einen Auslandsaufenthalt. Zusätzlich zur monatlichen Förderrate kann sie ein finanzielles Top-Up erhalten, sofern die Voraussetzungen für **Teilnehmer\*innen mit chronischer Erkrankung<sup>1</sup>** bestätigt werden. / The person below applies for an Erasmus+ grant for a stay abroad. In addition to the monthly funding rate, he/she may be entitled to a financial top-up, provided the requirements for participants with a chronic disease are confirmed.

Auszufüllen durch Studierende/n! / To be completed by the student

Name/Name:

Geburtsdatum/Date of Birth:

Aufnahmeland/Country of stay:

Aufnahmeinstitution/Institution:

Auszufüllen und zu bestätigen durch den/die zuständige/n Arzt/Ärztin! / To be completed and confirmed by the responsible physician:

### Ärztliche Bescheinigung / Medical certificate

Ich bestätige, dass bei der o.g. Person eine chronische Erkrankung gemäß der Übersicht des Robert-Koch Institutes<sup>2</sup> vorliegt, die zu **Mehrkosten im Ausland** führt, welche nicht durch nationale Stellen finanziert werden:

*I confirm that the above-mentioned person suffers from a chronic disease according to the Robert-Koch Institute's<sup>2</sup> overview resulting in additional costs abroad not covered by national health insurance:*

- ☐ Arthritis
- ☐ Arthrose/Osteoarthritis
- ☐ Asthma bronchiale/Bronchial asthma
- ☐ Chronische Lungenerkrankungen/Chronic lung diseases
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Depression
- ☐ Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt/Coronary heart disease and acute myocardial infarction
- ☐ Muskuloskelettale Erkrankungen/Musculoskeletal diseases
- ☐ Myalgische Enzephalomyelitis (ME)/Chronic Fatigue Syndrome(CFS)
- ☐ Osteoporose/Osteoporosis
- ☐ Psychische Erkrankungen/Mental illnesses



Erasmus+



UNIVERSITÄT  
BAYREUTH

INTERNATIONAL OFFICE

Name der Einrichtung/ <i>Name of doctors office:</i>	
Anschrift/Address:	
Name des Arztes/der Ärztin/ <i>Name of physician:</i>	
Ort/Place:	
Datum/Date:	
Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Signature:	
Stempel/Stamp:	

---

1 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-krank-menschen>

" (...) Hiernach gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: entweder Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 %. Außerdem gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist."

2 Überblick über chronische Erkrankungen gemäß RKI/Overview chronic illnesses RKI:  
[https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron\\_Erkrankungen/Chron\\_Erkrankungen\\_inhalt.html?nn=1370420](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_inhalt.html?nn=1370420)

8 [19.08.2024]