

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe



Name, Vorname der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____ KV-Nummer _____

Anschrift _____

Die/Der Versicherte benötigt Haushaltshilfe für den Zeitraum vom _____ bis _____ .

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen folgender Diagnose(n):

Es handelt sich um eine Krankheit:

- Akute schwere Erkrankung Akute Verschlimmerung einer Krankheit
- Chronische Erkrankung Akuter Schub einer chronischen Erkrankung
- Schwere Krankheit nach einem Krankenhausaufenthalt. Entlassung am _____
- Schwere Krankheit nach einer ambulanten OP. OP-Termin am _____
- Schwere Krankheit nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung bis _____

Es handelt sich um Beschwerden aufgrund einer Schwangerschaft oder Entbindung:

- Schwangerschaftsbeschwerden (normale Beschwerden einer Schwangerschaft)
in der _____ Schwangerschaftswoche
Ist Bettruhe verordnet? Ja, von _____ bis _____ Nein
- Schwächung durch Entbindung (normale Beschwerden einer Entbindung)
Entbindung am _____ Kaiserschnitt am _____

Eine Haushaltshilfe wird benötigt für folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- Einkäufe, Besorgungen (z.B. Arzneimittel) Zubereitung der Mahlzeiten, Spülen des Geschirrs
- Pflege der Wäsche Reinigung der Wohnung
- Betreuung und Beaufsichtigung von Kleinkindern Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern im Kindergarten-/Schulalter

Datum _____ Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Sie können die Beantwortung dieser Anfrage über die Quartalsabrechnung mit der Gebührenposition 01621 EBM abrechnen.

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 74 SGB IX erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 82 Abs. 2 und § 100 SGB X verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.