

Ärztliche Bescheinigung

über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name Vorname
geboren am Versichertennummer
Anschrift
Krankenversicherer

Haushaltshilfe ist erforderlich vom..... bis

Die/der Versicherte kann aus folgendem Grund den Haushalt nicht selbst weiterführen:

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen akuter und schwerer Krankheit nicht möglich.

Bettruhe verordnet? ja, bis nein

Diagnose:

.....
(bitte keinen Diagnoseschlüssel, sondern Text)

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinisch notwendigen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Kindes nicht möglich.

Schwangerschaft

Bettruhe verordnet? ja, bis nein

Entbindung und deren Folgen

Sonstiges:

Diagnose:

.....
(bitte keinen Diagnoseschlüssel, sondern Text)

Die Haushaltshilfe ist aus folgendem Leistungsgrund notwendig:

Der/die Versicherte hat Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewählt. In Anspruch genommene Behandlung gehört zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse.

In Anspruch genommene Behandlung ist eine Privatleistung und wird nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.

Arbeitsunfall Berufskrankheit Unfallfolgen Versorgungsleiden

Welche Tätigkeiten können **nicht** von dem/der Patienten/Patientin selbst verrichtet werden?

Zubereiten von Mahlzeiten

Einkaufen

Reinigen der Wohnung

Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Sonstiges (z. B. Wäsche):

.....
Ort, Datum

.....
Stempel/Unterschrift des Arztes

Die Angaben können nach EBM Nr. 01621 abgerechnet werden.

Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung von Haushaltshilfe erforderlich.

Antrag auf Haushaltshilfe beim Kostenträger:
 (vom Patienten auszufüllen)

Versicherte/r												
Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer									
Anschrift:		Telefon:										
Haushaltshilfe wird beantragt vom _____		bis _____										
Warum benötigen Sie Haushaltshilfe? *) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen												
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der/des Versicherten	<input type="checkbox"/> stationäre Entbindung der Versicherten	<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt der/des Versicherten	<input type="checkbox"/> häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen:									
		<input type="checkbox"/> häuslicher Krankenpflege	<input type="checkbox"/> Krankheit *)									
		<input type="checkbox"/> Schwangerschaft *)	<input type="checkbox"/> Entbindung *)									
		<input type="checkbox"/> als Begleitperson bei stationärer Aufnahme										
		<input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungs-/Rückbildungskurs										
Ort: _____												
Kostenträger: _____												
Leistungsgrund: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte									
Wer hat den Haushalt bisher überwiegend geführt?												
<input type="checkbox"/> ich selbst	<input type="checkbox"/> die Ehegattin/der Ehegatte	<input type="checkbox"/> andere Personen:										
Weitere im Haushalt lebende Personen												
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, bitte ausfüllen)												
Name, Vorname	Geburtsdatum	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil	berufstätig an folgenden Tagen Mo Di Mi Do Fr Sa So von - bis									
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Leben Kinder/behinderte Kinder* in Ihrem Haushalt? *) bitte Nachweis beifügen												
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, bitte ausfüllen)												
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Die Kinder sind bisher untergebracht bzw. betreut worden						Uhrzeit von - bis				
		in Kindergarten/Kindertagesstätte	in der Schule	sonstige Betreuung außer Haus	an folgenden Tagen							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wo werden diese Kinder während der Zeit der beantragten Haushaltshilfe betreut ?												
<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt <input type="checkbox"/> außerhalb meines Haushalts <input type="checkbox"/> erweiterte Betreuung in der Kindereinrichtung												
Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?												
<input type="checkbox"/> <u>Privatperson</u>												
Name, Vorname:			Geburtsdatum			Tätigkeit						
Anschrift												
Die Privatperson ist mit der/m Versicherten												
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert – (Stief-)Großeltern/Eltern/Kinder/Enkel, Geschwister, Schwiegereltern/-sohn/-tochter, Schwager/Schwägerin												
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____												
Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?												
Bezeichnung der Kosten (z. B. Verdienstaussfall): _____						Höhe der Kosten: _____ EUR						
<input type="checkbox"/> soziale Einrichtung												
Bezeichnung und Anschrift										IK-Nummer		
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an _____ Stunden pro Tag/ _____ Stunden pro Woche für folgende Aufgaben benötigt:												
<input type="checkbox"/> Einkaufen				<input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung				<input type="checkbox"/> Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen)				
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Sauberhalten der Kleidung				
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Krankenkasse unverzüglich mitteilen. Damit wir unsere Aufgaben Entscheidung auf Gewährung von Haushaltshilfe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 99 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 38 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zum Nachteil bei der Entscheidung der Gewährung auf Haushaltshilfe sein.												
Datum						Unterschrift						