

## 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 § 54 SGB IX erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 82 Abs. 2 und § 100 SGB X verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.