

Ärztliche Bescheinigung zur Verordnung von Haushaltshilfe

Patient/in:

Es wird bescheinigt, dass o.g. Patient/in aus medizinischer Sicht nicht in der Lage, ist den Haushalt zu führen.

1. Dem/Der Patient/in ist die Fortführung des Haushalts nicht möglich: ja nein

Diagnose (als Text): _____

2. Steht die Erkrankung im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung? (bitte Angabe der Behandlungszeiten, ggf. des OP-Termins)

ja, am _____ nein

3. Wenn nein, liegt eine schwere Erkrankung oder akute Verschlimmerung mit schweren Funktionsstörungen vor? ja nein

4. Sind Leistungen der Grund-/Körperpflege bzw. der häuslichen Krankenpflege notwendig? ja* nein

Wenn ja, in folgendem Umfang: _____ Stunden täglich/ _____ Stunden wöchentlich

*ggf. ist die Verordnung Häuslicher Krankenpflege indiziert, bitte prüfen

5. Welche Tätigkeiten können **nicht** mehr selbst ausgeführt werden?

6. Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

- 6.1. Handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft? ja nein

- 6.2. Wurde Bettruhe verordnet? ja nein

7. Bestehen die Einschränkungen als Folgen einer Entbindung? ja nein

Einschränkungen in der Haushaltsführung:

8. Eine Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht in der Zeit

vom _____ bis _____ für _____ Stunden täglich oder _____ Stunden wöchentlich erforderlich.

Bemerkungen: _____

_____ Datum

Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

3. Angaben zur Haushaltshilfe

3.1. Ich beantrage Haushaltshilfe wie folgt:

Zeitraum: vom bis

Wochentage: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag
 Samstag Sonntag

Tägliche Uhrzeit: von bis

3.2. Neben der Haushaltshilfe beantrage ich zusätzlich Grundpflege wie folgt:

Körperpflege Hilfe beim An-/Auskleiden Sonstiges: _____

3.3. Angaben zur Ersatzkraft:

Den Haushalt führt weiter Sozialstation Privatperson

Name: _____

Anschrift: _____

Die Ersatzkraft ist berufstätig: ja nein Rentner*in

Die Ersatzkraft ist mit mir verwandt/ verschwägert ja nein

3.4. Vergütung

Höhe der Vergütung: stündlich €

Verdienstausfall der verwandten/verschwägerten Ersatzkraft: stündlich €

Fahrkosten der verwandten/verschwägerten Ersatzkraft: täglich €

Ich bitte um Überweisung auf meine folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:	Geldinstitut:
IBAN: <input type="text"/>	
BIC: <input type="text"/>	

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt.

Ich willige ein, dass die BKK VBU die von mir freiwillig angegebenen Daten (Hier: Telefonnummer) für die Erfüllung meines Kontaktwunsches speichern und nutzen darf. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

Die von mir angegebenen Daten entsprechen der Wahrheit. Für den Fall, dass mir rückwirkend eine Pflegebedürftigkeit größer Pflegegrad 1 zuerkannt wird, bin ich mit der Aufrechnung des Pflegegeldes einverstanden.

Datum/Unterschrift

Telefonnummer

2.2. Der Haushalt kann von einer anderen im Haushalt lebenden Person weitergeführt werden.

ja

nein, weil (bitte gegebenenfalls Abwesenheitszeiten angeben):

2.3. Der Haushalt wurde bisher geführt von

mir

meinem Ehepartner/Lebensgefährten

mir und meinem Ehepartner/Lebensgefährten gemeinsam

nachfolgend genannter Person:

Ich bitte um Übersendung eines Vordrucks für die Verdienstausschüttung des Arbeitgebers.

2.4. In meinem Haushalt leben nebenstehend genannte Kinder:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Wird zu Hause betreut in der Zeit von:

2.5. Die unter 2.4. aufgeführten Kinder werden außerhalb des Haushaltes versorgt (bitte Zeitraum angeben)

nein

ja, bei:

2.6. Haben Sie einen Antrag auf die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt oder wollen Sie dies in Kürze tun?

ja

nein

zurück an
BKK·VBU
VSV PFL
10857 Berlin

Antrag auf Haushaltshilfe

Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung sind Leistungseinschränkungen möglich (§ 66 SGB I).

Allgemeine Angaben zum Versicherten

Name, Vorname _____

KV-Nr. _____

kann den Haushalt nicht weiterführen.

1. Antragsgrund

- Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
- Kur/ Rehabilitationsmaßnahme vom _____ bis _____ ; Kostenträger: _____
- akute Verschlimmerung einer Krankheit (bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)
- akute Krankheit (bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)
- Entbindung am _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)
- Schwangerschaft (bitte ärztliche Bescheinigung und Nachweis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung beilegen)

2. Angaben zum Haushalt

2.1. Außer mir leben in meinem Haushalt

- keine erwachsenen Personen
- folgende erwachsene Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis