

Patient

Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr.: _____



Antwort

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Antrag auf Haushaltshilfe

1	Name, Vorname		Geburtsdatum		Familienstand						
	Der Betrag soll auf folgendes Bankkonto überwiesen werden:										
	IBAN				BIC (nur bei Auslandsbankverbindung)						
	Geldinstitut										
Antragsteller(in)	Kontoinhaber (falls abweichend)										
2	Ich benötige Haushaltshilfe vom _____ bis _____ wegen der										
	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung / Mitaufnahme als Begleitperson vom _____ bis _____										
	<input type="checkbox"/> Rehabilitation vom _____ bis _____										
	<input type="checkbox"/> häuslichen Krankenpflege vom _____ bis _____										
	<input type="checkbox"/> schweren Erkrankung ab _____ bis _____										
	<input type="checkbox"/> akuten Verschlimmerung einer Krankheit ab ... _____ bis _____										
Antragsgrund	Die Erkrankung ist Folge										
	• eines Arbeitsunfalls <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ... Unfalltag										
	• eines privaten Unfalls <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ...										
3	In meinem Haushalt leben folgende Kinder bis 12 Jahre bzw. die aufgrund ihrer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind (ggf. bitte Art der Behinderung und/oder – sofern zutreffend – Pflegegrad angeben)										
	Kenn-ziffer	Vorname, ggf. abweichender Familienname		Geburtsdatum		Art der Behinderung / Pflegegrad					
	1										
	2										
Angaben zum Haushalt	In einer Kindertagesstätte / Schule / sonstigen Einrichtung / ist tagsüber untergebracht	Kind Kennziffer	an folgenden Tagen							in der Zeit	
			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"/>	Uhr	Uhr
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uhr	Uhr

bitte wenden

Darüber hinaus leben in meinem Haushalt ☐ keine weiteren Personen

☐ folgende Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsverhältnis

☐ Diese können den Haushalt nicht führen Grund

Während der Zeit, für die ich Haushaltshilfe beantrage, hat die andere im Haushalt lebende Person ...

☐ bezahlten Urlaub ☐ unbezahlten Urlaub ☐ bezahlte Freistellung vom bis

4

Mein Haushalt wurde bisher geführt von ...

- ☐ mir ☐ der anderen im Haushalt lebenden Person
☐ mir und der anderen im Haushalt lebenden Person gemeinsam
☐ einer nicht im Haushalt lebenden Person

Ich bin ...

- ☐ nicht berufstätig
☐ berufsbedingt abwesend

Tag	von	Uhrzeit	bis	= Std.
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Die andere im Haushalt lebende Person ist ...

- ☐ nicht berufstätig
☐ berufsbedingt abwesend

Tag	von	Uhrzeit	bis	= Std.
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

☐ Ich benötige bei folgenden Arbeiten Hilfe im Haushalt:

5

☐ Die nachstehend benannte Person / Einrichtung wird meinen Haushalt weiterführen:

Name und Anschrift

• ab an Tagen in der Woche

jeweils in der Zeit von Uhr bis Uhr = Std.

• hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von ☐ tgl. € ☐ stündl. €

• ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert ☐ nein ☐ ja, wie?

• die andere im Haushalt lebende Person ist mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert ☐ nein ☐ ja, wie?

=> Ich beantrage, die Kosten für die selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten.

☐ Ich kenne selbst keine Person / Einrichtung, die meinen Haushalt weiterführen kann und beantrage, eine Ersatzkraft zu vermitteln.

6

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar
 Vorwahl / Rufnummer (Angabe ist freiwillig)

Patient

Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr.: _____



Antwort

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 69 Abs.1 Nr.1 SGB X zulässig und erforderlich.

Name, Vorname der haushaltsführenden Versicherten

Geburtsdatum

➤ Die Versicherte kann ab/seit

Datum

bis voraussichtlich

Datum

ihren Haushalt

☐ nicht mehr oder

☐ nur noch eingeschränkt weiterführen.

Die Haushaltshilfe wird für täglich

Stunden

benötigt an

Tagen

in der Woche.

➤ Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen einer:

☐ Erkrankung

Wurde aufgrund der Erkrankung Bettruhe verordnet?

☐ nein

☐ ja

wenn ja:

von

Datum

bis

Datum

☐ Schwangerschaft/Entbindung

Liegt eine Erkrankung in Folge der Schwangerschaft/Entbindung vor?

☐ nein

☐ ja

wenn ja:

seit

Datum

Wurde Bettruhe verordnet?

☐ nein

☐ ja

wenn ja:

von

Datum

bis

Datum

Bitte geben Sie hier die **Diagnose und** daraus folgende **krankheitsbedingte Einschränkungen** bei der Haushaltsführung an:

Diagnose/n:

Krankheitsbedingte Einschränkungen - benötigt Hilfe bei:

z.B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigen der Wohnung, Wäsche waschen, Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

► Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM-Ziffer 01620 abrechnen