

Patient

Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr.: _____

**Antwort**

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Antrag auf Haushaltshilfe

Antragsteller(in)	1 Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	Familienstand: _____	
	Der Betrag soll auf folgendes Bankkonto überwiesen werden: IBAN: _____ BIC (nur bei Auslandsbankverbindung): _____			
	Geldinstitut: _____			
	Kontoinhaber (falls abweichend): _____			
Antragsgrund	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 } (bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei)			
	Die Erkrankung ist Folge <ul style="list-style-type: none"> • eines Arbeitsunfalls <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ... Unfalltag • eines privaten Unfalls <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ... 			
Angaben zum Haushalt	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)			
	Kennziffer	Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Art der Behinderung / Pflegegrad
	1			
	2			
	3			
In einer Kindertagesstätte / Schule / sonstigen Einrichtung / ist tagsüber untergebracht	Kind Kennziffer	an folgenden Tagen Mo Di Mi Do Fr Sa So		in der Zeit von _____ bis _____ Uhr
	1	<input type="checkbox"/>		Uhr
	2	<input type="checkbox"/>		Uhr
	3	<input type="checkbox"/>		Uhr

bitte wenden

Angaben zum HaushaltDarüber 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 haushaltführenden 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. Einkäufen, 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