

Allgemeine Angaben des erkrankten Versicherten (Antragssteller)

Name Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	Tätigkeit- / Beruf*
E-Mail-Adresse*	Telefon*	Krankenversicherungsnummer

Antrag Haushaltshilfe

Ich beantrage Haushaltshilfe für den Zeitraum vom _____ bis _____

Krankenhausbehandlung
 Schwangerschaft/ Entbindung (ärztliche Bescheinigung erforderlich)
 Kurbehandlung zu Lasten der IKK
 schwerer Erkrankung (ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit, Dauer und Umfang erforderlich)

Krankenhausbehandlung lag vor vom _____ bis _____

Eine ambulante Operation erfolgte am _____

Eine ambulante Krankenhausbehandlung erfolgte am _____

Ich benötige die Unterstützung für folgende Tätigkeiten (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten; bitte Aufzählen):

Im Haushalt lebende Personen

Name Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Berufstätig an folgenden Tagen							von - bis Uhrzeit
			M	D	M	D	F	S	S	
_____	_____	_____								_____
_____	_____	_____								_____
_____	_____	_____								_____
_____	_____	_____								_____

Die aufgeführten Kinder (bis 14 Jahre) waren bisher wie folgt betreut:

Name Vorname	Ganztags im Haushalt anwesend		Schulbesuch (auch Vorschule)	Kindertagesstätte	Kinderhort
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)	von – bis (Uhrzeit)

Der Haushalt wurde bisher geführt: durch mich durch eine andere Person

Name Vorname _____

Arbeits- / Abwesenheitszeiten meines Ehegatten

Wochentag	Uhrzeit		Uhrzeit		tägliche Stunden
	von	bis	von	bis	
Montag	_____	_____	_____	_____	_____
Dienstag	_____	_____	_____	_____	_____
Mittwoch	_____	_____	_____	_____	_____
Donnerstag	_____	_____	_____	_____	_____
Freitag	_____	_____	_____	_____	_____
Samstag	_____	_____	_____	_____	_____
Sonntag	_____	_____	_____	_____	_____

Die Haushaltshilfe wird beantragt für folgende Tage und Stunden

Wochentag	Uhrzeit		Uhrzeit		tägliche Stunden
	von	bis	von	bis	
Montag	_____	_____	_____	_____	_____
Dienstag	_____	_____	_____	_____	_____
Mittwoch	_____	_____	_____	_____	_____
Donnerstag	_____	_____	_____	_____	_____
Freitag	_____	_____	_____	_____	_____
Samstag	_____	_____	_____	_____	_____
Sonntag	_____	_____	_____	_____	_____

Falls am Wochenende oder an arbeitsfreien Tagen eine Haushaltshilfe erforderlich ist, bitten wir um Begründung der Notwendigkeit

Der Haushalt soll während meiner Abwesenheit weitergeführt werden von

Name Vorname _____ Geburtsdatum _____ Anschrift _____

Berufliche Tätigkeit der Haushaltshilfe (Arbeitgeberanschrift, Arbeitszeit): _____

Bezieht die Haushaltshilfe ALG I/ ALG II ?
 (Hinweis: Einkünfte aus der Tätigkeit als Haushaltshilfe müssen der Agentur für Arbeit gemeldet werden)

ja nein

die Haushaltshilfe ist versichert als Rentner Familienversichert

Die von mir als Ersatzkraft vorgesehene Person	
<input type="checkbox"/>	ist mein(e) _____ z.B. Mutter, Schwester, Schwägerin, Bruder
<input type="checkbox"/>	ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert. Sie führt den Haushalt als freundschaftliche bzw. als nachbarschaftliche Hilfeleistung. Ein Arbeitsverhältnis besteht nicht.
<input type="checkbox"/>	aufgrund eines entgeltlichen Arbeitsverhältnisses.
<input type="checkbox"/>	folgende Firma wird uns helfen _____ ggf. welche
Vergütung	
Eine Vergütung für die Haushaltshilfe ist in folgender Höhe in Euro vorgesehen:	
<input type="checkbox"/>	je Stunde _____, _____ Euro
<input type="checkbox"/>	je Tag _____, _____ Euro
Vergütung der verwandten/verschwägerten Ersatzkraft:	
<input type="checkbox"/>	Verdienstausfall (bitte Bescheinigung vom Arbeitgeber beilegen)
<input type="checkbox"/>	Fahrkosten
Angaben zum Bankkonto	
BIC _____	IBAN _____
Kontoinhaber _____	Unterschrift Kontoinhaber _____
Erklärung	
Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben nach besten Wissen gemacht wurden und für die gleiche Zeit kein Antrag bei einer anderen Krankenkasse gestellt wurde bzw. gestellt wird. Mir ist bekannt, dass aufgrund wahrheitswidriger Angaben zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.	
Gleichzeitig verpflichte ich mich, Veränderungen zu den vorstehenden Angaben der IKK Brandenburg und Berlin sofort mitzuteilen.	
Telefonisch bin ich tagsüber erreichbar unter der Rufnummer: _____/_____	
Datenschutzhinweis	
Wir erheben die Daten für die Prüfung auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und § 284 SGB V.	
Datum _____	Unterschrift des Antragstellers _____

Ärztliche Stellungnahme für eine Haushaltshilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Allgemeine Angaben

Diese Angaben sind nach § 18 BMV-A/EKV berechnungsfähig; EBM-Ziffer 01621.

Name:

geboren:

Antrag auf Haushaltshilfe

Der Betroffene kann aufgrund einer Erkrankung seinen Haushalt nicht weiterführen. Die Behandlung wird von der Techniker Krankenkasse bezahlt.

Der Betroffene braucht eine Haushaltshilfe

vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis zum

Tag	Monat	Jahr							

für

Tag	Monat

,

Tag	Monat

 Stunden täglich

Diagnose/Befund

ICD-Schlüssel

Der Betroffene ist bettlägerig.

Beim Betroffenen liegt ein nicht besserungsfähiger Dauerzustand vor.

Die letzte Behandlung/Untersuchung war am

Tag	Monat	Jahr							

Folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Aufgaben der Kinderbetreuung kann der Betroffene aufgrund seiner Erkrankung nicht ausführen:

z. B. Zubereitung von Mahlzeiten, Beaufsichtigung, Hausaufgabenbetreuung
