

Versicherter

Vorname, Nachname: _____

Versicherten-Nr.: _____



ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20908 Hamburg

Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zum Grund

Wenn die Kosten der Behandlung nicht über uns abgerechnet werden, sind wir nicht der zuständige Kostenträger für Ihre Haushaltshilfe.

Ich brauche eine Haushaltshilfe

während einer stationären Krankenhausbehandlung

vom _____
Tag Monat Jahr

bis zum _____
Tag Monat Jahr

während eines Kuraufenthalts

vom _____
Tag Monat Jahr

bis zum _____
Tag Monat Jahr

Einrichtung

Kostenträger

für die Begleitung einer Angehörigen/eines Angehörigen aus medizinischen Gründen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Einrichtung

Kostenträger

vom _____
Tag Monat Jahr

bis zum _____
Tag Monat Jahr

wegen Schwangerschaftsbeschwerden; Entbindung am _____
Tag Monat Jahr

wegen einer ambulanten Entbindung wegen einer stationären Entbindung

am _____
Tag Monat Jahr

am _____
Tag Monat Jahr

aufgrund einer akuten Erkrankung.

Bitte teilen Sie uns den voraussichtlichen Entbindungstermin mit. Übrigens: Den Antrag zur Familienversicherung Ihres Kindes können Sie bereits vor der Entbindung anfordern.

Angaben zu den Ursachen der Erkrankung

- Es handelt sich um Folgen eines Arbeits-, Kindergarten- oder Schulunfalls oder einer Berufskrankheit.
- Die Erkrankung ist Folge eines sonstigen Unfalls.
- Die Erkrankung ist Folge einer anerkannten Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes.

Angaben zum Zeitraum der Haushaltshilfe

Ich beantrage eine Haushaltshilfe

vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Uhrzeit von							
Uhrzeit bis							

Angaben zu meinem Haushalt

- Ich führe den Haushalt bisher selbst.
- Ich habe mein im Haushalt lebendes Kind bzw. meine im Haushalt lebenden Kinder bisher selbst betreut.
- In meinem Haushalt lebt ein Kind, das wegen einer Behinderung auf Hilfe angewiesen ist.

Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei, wenn das Kind älter als 12 Jahre ist.

Angaben zu meinen Abwesenheitszeiten

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie gewöhnlich abwesend sind, z. B. wegen ihrer Berufstätigkeit. Wenn Sie in Schichten arbeiten, senden Sie uns bitte einen Dienstplan für den beantragten Zeitraum zu.

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Uhrzeit von							
Uhrzeit bis							

Angaben zu den Haushaltsangehörigen

Berücksichtigen Sie bitte auch Angehörige in Einliegerwohnungen, z. B. Schwiegereltern

In meinem Haushalt leben weitere Personen:

- | | | | |
|----|-------------------|--------------|--------------------------|
| 1. | | | Geburtsdatum: TT MM JJJJ |
| | Nachname, Vorname | Geburtsdatum | |
| 2. | | | Geburtsdatum: TT MM JJJJ |
| | Nachname, Vorname | Geburtsdatum | |
| 3. | | | Geburtsdatum: TT MM JJJJ |
| | Nachname, Vorname | Geburtsdatum | |
| 4. | | | Geburtsdatum: TT MM JJJJ |
| | Nachname, Vorname | Geburtsdatum | |

Angaben zu den Abwesenheitszeiten der Angehörigen

Bitte teilen Sie uns mit, wann Ihre zuvor genannten Haushaltsangehörigen gewöhnlich abwesend sind, z. B. wegen Berufstätigkeit, Schul- oder Kindergartenbesuch. Wenn diese Personen in Schichten arbeiten, senden Sie uns bitte einen Dienstplan für den beantragten Zeitraum zu.

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
zu 1.							
zu 2.							
zu 3.							
zu 4.							

Angaben zur Haushaltshilfe

Ich möchte folgende Organisation mit der Haushaltshilfe beauftragen:

z. B. DRK, Caritas

Name der Organisation

IK-Nummer

Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner

PLZ

Ort der Organisation

Telefon

freiwillige Angabe

Die Haushaltshilfe übernimmt eine Privatperson.

z. B. Freunde oder Bekannte

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Ich bin mit dieser Person verwandt oder verschwägert.

z. B. Eltern, Schwiegertochter, Geschwister,
Stiefkind, Enkelkind

Verwandtschaftsverhältnis

Es erfolgt eine Arbeitsfreistellung

bezahlt

unbezahlt

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das folgende Konto:

Bankname

D E

IBAN

Abweichende/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

E-Mail

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.



Techniker Krankenkasse
20908 Hamburg

Ärztliche Stellungnahme für eine Haushaltshilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw.
ausfüllen.

Allgemeine Angaben

Diese Angaben sind nach § 18 BMV-Ä/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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

für

--	--

,

--	--

 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, Beaufsichti-
gung, Hausaufgabenbetreuung



Angaben für Rückfragen

freiwillige Angabe
Telefon

Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V i. V. m. § 60 SGB I und § 21 SGB X.