

Servicezeichen:



Antrag auf Haushaltshilfe

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung von Leistungen der Haushaltshilfe erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite "www.kkh.de/datenschutz".

	Antragsteller/in							Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte						
Vorname Name														
Geburtsdatum														
Familienstand														
Adresse														
Telefon								*)						
E-Mail								*)						
Beschäftigt als								*)						
Beschäftigt bis								*)						
Krankenkasse								*)						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
bezahlter Urlaub, Sonderurlaub	von/bis							von/bis						

Ich beantrage eine Haushaltshilfe:

vom: _____ bis: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐	für mich
☐	meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)**
☐	meine/n Lebensgefährten(in)

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

☐	mir	☐	meinem/r Ehe-/Lebenspartner(in)/Lebensgefährten(in)**	☐	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich:

☐	nach einer ambulanten Operation. Datum der Operation: _____
☐	nach einer stationären Krankenhausbehandlung. Tag der Entlassung: _____
☐	aufgrund einer schweren Erkrankung vom: _____ bis: _____ . (die ärztliche Bestätigung ist beigelegt).

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht in Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Andere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von/bis	Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

durch eine Sozialstation
Name und Anschrift der Sozialstation:
für _____ Stunden/täglich

durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
Die Ersatzkraft ist mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten	
☐ verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____ (z. B. Mutter, Schwester)	
☐ meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstaussfall	(Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)
☐ meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten	(Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)
☐ nicht verwandt/verschwägert	

durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
☐ meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaussfall (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)	

☐ Ja, ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig über KKH Produkte und Services sowie private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners informiert und mich für Kundenbefragungen kontaktiert. Dies erfolgt per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS. Zu diesen Zwecken darf die KKH die von mir angegebenen Daten speichern, verarbeiten und nutzen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe. Über Änderungen während des laufenden Leistungsfall es werde ich die KKH sofort informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Meine Bankverbindung für eine mögliche Auszahlung lautet:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Servicezeichen:

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin
(nicht erforderlich bei stationärer Behandlung)

Frau/Herr _____ benötigt eine Haushaltshilfe wegen

☐ einer schweren Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

☐ einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

Ergänzende Hinweise zur Erkrankung, falls erforderlich:

Die Patientin / der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes

☐ nicht mehr ☐ nur eingeschränkt in der Lage.

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden:

- | | |
|---|---|
| ☐ Kochen, Essen zubereiten | ☐ Wäsche waschen |
| ☐ Reinigung der Wohnung | ☐ Heben und Tragen ab _____ kg |
| ☐ Einkaufen | ☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder |
| ☐ Bügeln | |

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Sofern Sie mehr als 4 Stunden täglich für erforderlich halten bitten wir Sie, dies nachstehend zu begründen:

Ist eine Rehabilitationsmaßnahme nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich?

☐ nein ☐ ja, ab _____ ☐ ambulant ☐ stationär

Ergänzende Hinweise:

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Für diese schriftliche Auskunft können Sie die Ziffer 01621 EBM abrechnen.