

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Name, Vorname: _____
Versichertennummer: _____

ANTWORT
Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden

Angaben des behandelnden Arztes

_____ ist die Fortführung des Haushaltes aus medizinischen Gründen nicht möglich und benötigt deshalb eine Haushaltshilfe (Bescheinigungszeitraum maximal jeweils vier Wochen)

vom _____ bis zum _____ für täglich _____ Stunden.

Umfang der benötigten Haushaltshilfe - Wochentage

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

Umfang der benötigten Haushaltshilfe - Stundenanzahl pro Tag

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Diagnose(n) mit Angabe ICD-10:

Art und Umfang der Funktionseinschränkung:

Sind zusätzlich zur Haushaltshilfe Leistungen der Grundpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erforderlich? Wenn ja, welche:

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Es handelt sich um eine

☐ akute Erkrankung.

☐ chronische Erkrankung.

Eine Haushaltshilfe wird

☐ aufgrund einer Schwangerschaft, voraussichtlicher Entbindungstermin

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

☐ aufgrund einer Entbindung

☐ wegen eines sonstigen Grundes (bitte medizinische Begründung angeben)

benötigt.

Wurde Bettruhe verordnet?

☐ Ja

☐ Nein

Liegt **vorübergehende** Bewegungsunfähigkeit/Hilflosigkeit vor?

☐ Ja

☐ Nein

Ort

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

 Datum Unterschrift/Stempel des Arztes

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Datenschutzhinweis:

Damit wir unsere Aufgabe zur Übernahme von Leistungen der Haushaltshilfe rechtmäßig erfüllen können, benötigen wir die angeforderten Auskünfte. Sie sind nach § 100 SGB X verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.