

Bitte senden an:

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Die Übermittlung dieser Daten ist gemäß § 69 Abs.1 Nr.1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch zulässig und erforderlich.

Name, Vorname der/des haushaltsführenden Versicherten	Geburtsdatum
---	--------------

➤ Die/der Versicherte kann ab/seit

Datum

 bis voraussichtlich

Datum

ihren/seinen 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