



BAHN-BKK
Postfach 90 02 52
60442 Frankfurt am Main

Antrag auf Haushaltshilfe (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

Name, Vorname des Antragstellers (haushaltsführende Person)	Kundennummer	Geburtsdatum
Anschrift	Familienstand	Telefonnummer

1. Antragsgrund:

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir ab _____ bis (voraussichtlich) _____ nicht möglich.
Grund:

- ☐ Zustand nach ambulanter OP vom _____ bis _____
- ☐ Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach ambulanter Krankenhausbehandlung / §116 b SGB V vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach Behandlung in Institutsambulanz vom _____ bis _____
- ☐ Häusliche Krankenpflege vom _____ bis _____
- ☐ Krankheit vom _____ bis _____
- ☐ Schwangerschaft vom _____ bis _____
- ☐ Entbindung vom _____ bis _____
- ☐ Kuraufenthalt vom _____ bis _____ Kostenträger

Bitte ärztliche Bescheinigung (Anlage) beifügen.

2. Tage an denen ich regelmäßig arbeite:

Nur auszufüllen, wenn die haushaltsführende Person in einem Beschäftigungsverhältnis steht.

Abwesenheitszeiten: Arbeitszeit inkl. Fahrzeit / Uhrzeit (von bis)	
☐ Montag	
☐ Dienstag	
☐ Mittwoch	
☐ Donnerstag	
☐ Freitag	
☐ Samstag	
☐ Sonntag	

3. Außer dem Antragsteller im Haushalt lebende Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Behinderung oder Pflegestufe	Verwandtschafts- verhältnis	Abwesenheitszeiten (Arbeit, Schule, Kindergarten, sonstige Betreuungen)	Krankenkasse

Bei beruflichen Abwesenheiten: Bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen. (Anlage: Verhinderungsnachweis)

Die Weiterführung des Haushaltes ist durch mich oder durch eine andere im Haushalt lebende Person möglich: ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein Grund:

4. Ersatzkraft:

Name, Vorname der Ersatzkraft	Geburtsdatum	Krankenkasse
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	Telefonnummer

Die Ersatzkraft ist mit mir verwandt/verschwägert ☐ nein¹ ☐ ja², Art:

¹Für die Erstattung ist der Nachweis über die tatsächlich entstandenen Kosten erforderlich.

(Anlage: Kostennachweis)

²Bitte beachten Sie, dass beim Ehegatten oder einer Person mit einer Verwandtschaft bis zum 2. Grad, eine Bestätigung des Arbeitgebers über den (gegebenenfalls) entstandenen Verdienstausschlag beizufügen ist.

(Anlage: Bestätigung Verdienstaufschlag)

☐ Die Ersatzkraft soll von der Krankenkasse vermittelt werden

5. Die Haushaltshilfe wird für folgende Tage beantragt:

	Uhrzeit (von bis)	Uhrzeit (von bis)	Tägl. Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

6. Kosten:

Ich habe mit der Ersatzkraft folgenden Stundenlohn vereinbart: €

7. Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:

Name der Bank

IBAN

--

BIC

Kontoinhaber

Erklärung: Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Gleichzeitig verpflichte ich mich, Veränderungen zu den vorstehenden Angaben der Krankenkasse sofort mitzuteilen.

(Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten)

(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Bemerkungen: _____

Meine Telefonnummer: _____



BAHN-BKK
Postfach 90 02 52
60422 Frankfurt am Main

Ärztliche Bescheinigung zur Haushaltshilfe

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

KVNR:

- ☐ Zustand nach ambulanter OP vom _____ bis _____
- ☐ Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach ambulanter Krankenhausbehandlung / § 116 b SGB V vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- ☐ Zustand nach Behandlung in Institutsambulanz vom _____ bis _____
- ☐ Häusliche Krankenpflege vom _____ bis _____
- ☐ Krankheit vom _____ bis _____
- ☐ Schwangerschaft vom _____ bis _____
- ☐ Entbindung vom _____ bis _____
- ☐ Kuraufenthalt vom _____ bis _____

Die Haushaltshilfe ist wegen der folgenden Diagnosen und der daraus resultierenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen medizinisch indiziert (bitte Krankenhausentlassungsbericht/OP- Bericht/Befundbericht § 116 b SGB V beifügen):

Diagnosen: _____

Beeinträchtigungen: _____

Therapie: _____

Die Haushaltshilfe wird vom _____ bis _____ für _____ Stunden täglich benötigt.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Auszug aus § 38 SGBV – Haushaltshilfe (neue Fassung)

(1) ¹ Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. ² Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. ³ Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen.