

Antrag auf Haushaltshilfe (bitte unbedingt komplett ausfüllen)

Personalien des Mitglieds

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/ Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von - bis Uhr
☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag		Arbeitgeber/ Versicherungsverhältnis								

Ich beantrage die Haushaltshilfe vom _____ bis _____ wegen

- ☐ einer stationären Krankenhausbehandlung. ☐ eines Kuraufenthaltes (welcher Kostenträger? _____)
- ☐ einer Mitaufnahme bei stationärer Behandlung meines Kindes. ☐ andere Gründe _____
- ☐ aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen bei einer schweren Erkrankung oder akuten Verschlimmerung einer Krankheit in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung.

In Behandlung begibt / befindet sich ☐ die/der Versicherte selbst ☐ die/der Ehepartner/in

Krankenhaus/ Entbindungsstation/ Kurheim	seit	Krankheitsursache

In meinem Haushalt leben außer mir folgende Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil

Sofern eines der aufgeführten Kinder unter einer Behinderung leiden sollte, bitten wir um Überlassung von Nachweisen darüber.
Bei schulpflichtigen Kindern über 13 Jahren bitte den Stundenplan beifügen.

Betreuung der Kinder vor dem Tage, ab dem die Haushaltshilfe beantragt wird.

(bitte ggf. auch die Rückseite benutzen)

Vorname des Kindes	Ort der Unterbringung, z.B. Kindergarten, Schule	Wochentag	In der Zeit von	bis

Der Haushalt wurde bisher ☐ von mir ☐ von meiner/m Ehepartner/in ☐ von sonstiger Person geführt.

Wer wird den Haushalt während Ihrer Erkrankung weiterführen?

Name und Anschrift der privaten Ersatzkraft:	Name und Anschrift des Pflegedienstes:
Steuernummer:	Institutionskennzeichen:
Krankenkasse:	Kosten pro Stunde:
Vereinbarte Vergütung: _____ Euro ☐ je Tag ☐ je Std	Telefonnummer:
Mit der/dem Versicherten verwandt oder verschwägert?	
☐ nein ☐ ja, und zwar _____	
☐ Verdienstausschlag des Ehegatten	

Die Bewilligung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der SECURVITA Krankenkasse unverzüglich mitteilen. Sofern es sich um eine private Ersatzkraft handelt, werde ich eine Anmeldung dieser Hilfe bei der zuständigen Einrichtung der Unfallversicherung vornehmen. Sollte ich eine Haushaltshilfe ohne vorherige Bewilligung der SECURVITA Krankenkasse in Anspruch nehmen, so geschieht dies auf eigenes Risiko und ich trage die Kosten im Falle einer Ablehnung selbst.

Datum

Unterschrift

Telefonnummer*

Angaben über den Familienstand zum Antrag auf Haushaltshilfe
(Bitte in jedem Fall vollständig ausfüllen)

Wahrheitsgemäße Erklärung

- ☐ Ich bin nicht verheiratet und lebe nicht mit einem Partner in einem Haushalt.
- ☐ Ich bin geschieden, das Sorgerecht für das Kind / die Kinder ☐ habe ich allein.
☐ wurde uns beiden zugesprochen.
- ☐ Mein Ehegatte und ich sind getrennt lebend seit _____
- ☐ Mein Partner ist zurzeit arbeitslos gemeldet, arbeitsunfähig erkrankt oder bezieht Rente
(bitte Nachweise beifügen).
- ☐ Die Angaben meines Partners sind wie untenstehend

☐ Ehepartner/in, Lebenspartner/in ☐ Lebensgefährte/in

Name, Vorname und ggf. Geburtsname: _____

Geburtstag: _____

selbst krankenversichert bei: _____

bezahlter Urlaub konnte nicht genommen werden, weil

Arbeitszeiten:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von	von	von	von	von	von	von
bis	bis	bis	bis	bis	bis	bis

☐ Schichtdienst (bitte Einsatzplan beifügen)

Name, Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers (für Rückfragen):

Datum _____

Unterschrift _____

Ggf. Unterschrift des Partners _____

Arztfragebogen zum Antrag auf Haushaltshilfe von

Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe für den

Zeitraum vom _____ bis _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Anzahl der Stunden							

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund: _____

Diagnose*: _____ **ICD 10:** _____

*Bei mehreren Diagnosen geben Sie bitte nur die Hauptdiagnose an, welche die aktuelle Haushaltshilfeleistung erforderlich macht.

Die Haushaltshilfe wird aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen bei einer schweren Erkrankung oder akuten Verschlimmerung einer Krankheit in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung erforderlich.

☐ Nein ☐ Ja

Die Erkrankung ist als chronisch einzustufen.

☐ Nein ☐ Ja

Es handelt sich um einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung.

☐ Nein ☐ Ja

Bei Fieber, gemessene Gradzahl: _____ °C

Mein/e Patient/in ist

☐ Rechtshänder

☐ Linkshänder

Aktuell verordnete Therapien:

Auf Grund dieser Diagnose ist mein/e Patient/in im folgenden Maße eingeschränkt:

- ☐ Haushaltsführung oder Kinderbetreuung ist wegen kompletter Bettruhe nicht möglich.
- ☐ Eine vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor.
- ☐ Eine teilweise Einschränkung in der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung liegt vor:

Kochen möglich?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise*Bitte weitere Angaben

Erledigen der Einkäufe möglich?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise*Bitte weitere Angaben

Aufsicht über die Kinder möglich?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise*Bitte weitere Angaben

Beförderung der Kinder, z. B. zur Schule möglich?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise*Bitte weitere Angaben

Reinigen der Wohnung/Wäsche möglich?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise*Bitte weitere Angaben

☐ Kein Heben über _____ kg möglich.

☐ Kein Bücken möglich.

☐ Stehen für _____ Std. täglich möglich.

☐ Gehhilfe für _____ Tage nötig.

Bei orthopädischen Erkrankungen:

☐ Teilbelastung ab _____ mit _____ kg möglich.

☐ Vollbelastung ab _____ möglich.

Sonstiges: _____

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

- Dieses Attest kann gemäß Ziffer 01621 EBM abgerechnet werden –