

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

 KNAPPSCHAFT
 Kranken- und Pflegeversicherung
 45095 Essen

Name, Vorname der / des Versicherten

Datenschutzhinweis nach § 67a Absatz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)

Die Mitteilung der nachfolgend geforderten Angaben ist erforderlich, damit über den Antrag entschieden werden kann. Die Angabe der Bankverbindung erfolgt freiwillig.

vom Antragsteller auszufüllen
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

 1. Ich kann/konnte in der Zeit vom _____ bis _____
 wegen einer

-
- stationären Krankenhausbehandlung aufgrund von
-
- Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung, sofern im Haushalt
-
- ein unter 16 Jahre altes Kind lebt

 Schwangerschaft

 Regeneration nach Entbindung

 } Wenn hier angekreuzt,
 bitte zusätzlich Anlage 2 vom
 behandelnden Arzt ausfüllen lassen

den Haushalt nicht weiterführen.

Die Kosten der Leistung übernimmt/hat übernommen:

 Kostenträger: _____ ganz teilweise

2. In meinem Haushalt leben die nachstehend genannten Kinder bzw. Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind:

Name und Vorname	geboren am	Kindschaftsverhältnis	bisher im Kindergarten, -hort; Schule, Tagesheimstätte und ähnliche untergebracht täglich von - bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

 3. In meinem Haushalt leben außerdem keine folgende Personen

Name und Vorname	geboren am	Verwandtschafts- bzw. Schwägerschaftsver- hältnis	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. Folgende(s) Kind(er) wird/werden/wurde(n) während der Zeit der stationären bzw. ambulanten Behandlung oder Kur außerhalb des Familienhaushalts versorgt:

Name(n) des Kindes/der Kinder

Unterbringung in/im/bei

Kinderheim

Kinderkrippe

Bekannten

Kindertagesstätte

Verwandten/Verschwägerten

sonstige Stelle _____

Höhe der Aufwendungen pro Tag

_____ Euro

(Bitte Rechnung beifügen)

9. Die Haushaltshilfe wird/wurde von mir selbst beschafft; es handelt(e) sich um eine

sonstige, nicht verwandte oder verschwägte Person

Hilfskraft von einer Organisation (karitative Einrichtung, Haushaltsdienstleister)

verwandte oder verschwägte Person

gegebenenfalls Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis _____

Die Haushaltshilfekraft

Name

Vorname

Straße, Hausnummer, Wohnort

hat/wird vom _____ bis _____

täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Stunden

meinen Haushalt geführt.

das Kind/die Kinder in meinem Haushalt versorgt und beaufsichtigt/versorgen und beaufsichtigen.

das Kind/die Kinder in ihrem eigenen Haushalt versorgt und beaufsichtigt/ versorgen und beaufsichtigen.

Für diese Tätigkeit habe/werde ich ihr eine Entschädigung von _____ Euro täglich stündlich

insgesamt also _____ Euro gezahlt (Quittung ist beigefügt)/zahlen

10. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf mein Konto zu überweisen

Name und Sitz des Geldinstitutes

BIC

IBAN

Ich versichere ausdrücklich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Mir ist bewusst, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Rechnungsbelege sind beigefügt.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigten

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Knappschaft
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Name, Vorname der / des Versicherten

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ihre oben genannte Patientin hat die Gewährung einer Haushaltshilfe beantragt und hierfür sind wir auf Ihre ärztliche Mithilfe angewiesen. Sie erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Wir bitten Sie, für die Prüfung des Antrags folgende Fragen zu beantworten:

1. An welchen Beschwerden leidet die Versicherte, die ihr die Weiterführung des Haushalts unmöglich machen? _____
2. Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin? _____
3. Es liegt ein Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung in folgenden Bereichen vor: ja nein
 - Zubereiten der Mahlzeiten
 - Reinigung der Wohnung
 - Einkaufen
 - Sonstiges (z. B. Wäsche)_____
4. Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom _____ bis _____
5. täglicher notwendiger Hilfeansatz _____ Stunde(n) pro Tag

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!_____
Ort und Datum_____
Stempel und Unterschrift des Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -