

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

☐ schweren Erkrankung nach einer

☐ Krankenhausbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ ambulanten Operation am \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

☐ ambulanten Krankenhausbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ schweren Erkrankung, insbesondere  
Bettlägerigkeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ ambulanten ärztlichen Behandlung, bei der  
an sich stationäre Krankenhausbehandlung  
geboten ist/war, durch die Gewährung einer  
Haushaltshilfe aber nicht erforderlich wird/  
wurde oder abgekürzt werden kann/konnte vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ erneuten Erkrankung bei gleicher  
Symptomatik/ gleichem Krankheitsbild vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ während der Behandlung mittels Chemo-  
oder Strahlentherapie vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

den Haushalt nicht weiterführen.

**Die schriftliche Bestätigung ist vom behandelnden Arzt in der Anlage 2 erfolgt.**

Ich habe mich während dieser Zeit ausschließlich in meiner Wohnung aufgehalten und wurde dort hauswirtschaftlich versorgt.

☐ ja ☐ nein

Falls nein, bitte den Zeitraum des Aufenthalts in Ihrer Wohnung angeben \_\_\_\_\_

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst folgende Punkte:

|                                 |                                                           | Zeitlicher Umfang in Stunden (täglich/wöchentlich) |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Besorgungen (ggf. Arzneimittel) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____                                              |
| Bettwäsche wechseln             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____                                              |
| Einkaufen                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____                                              |
| Heizen                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____                                              |
| Geschirr spülen                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____                                              |

|                            |                             |                               |       |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Müllentsorgung             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Mahlzeitenzubereitung      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Wäschepflege (ggf. Bügeln) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Reinigung der Wohnung      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |

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 ☐ keine ☐ folgende Personen

| Name und Vorname | geboren am | Verwandschafts- bzw. Schwägerschaftsverhältnis | kann den Haushalt nicht weiterführen, weil |
|------------------|------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| _____            | _____      | _____                                          | _____                                      |
| _____            | _____      | _____                                          | _____                                      |
| _____            | _____      | _____                                          | _____                                      |

4. Der Haushalt wurde bisher geführt von:

|                                                         |                                                                           |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mir selbst                     | <input type="checkbox"/> mir und meinem Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam | <input type="checkbox"/> sonstiger Person _____                                                                |
| <input type="checkbox"/> meinem Ehegatten/Lebenspartner |                                                                           | (Name, Adresse und gegebenenfalls Verwandschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis oder Pflege-/Reinigungskraft) |

|                                            |                                                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Ich bin                                    | Mein Ehegatte/Lebenspartner ist                                                 |
| <input type="checkbox"/> nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> berufstätig |
| <input type="checkbox"/> berufstätig       |                                                                                 |

| Tag        | Uhrzeit von-bis = Stunden | Tag        | Uhrzeit von-bis = Stunden |
|------------|---------------------------|------------|---------------------------|
| Montag     | - =                       | Montag     | - =                       |
| Dienstag   | - =                       | Dienstag   | - =                       |
| Mittwoch   | - =                       | Mittwoch   | - =                       |
| Donnerstag | - =                       | Donnerstag | - =                       |
| Freitag    | - =                       | Freitag    | - =                       |
| Samstag    | - =                       | Samstag    | - =                       |
| Sonntag    | - =                       | Sonntag    | - =                       |

|                  |       |        |       |        |
|------------------|-------|--------|-------|--------|
| Tägl. Arbeitsweg | _____ | KM/Min | _____ | KM/Min |
|------------------|-------|--------|-------|--------|

Wer versorgt die Kinder während Ihrer Berufstätigkeit bzw. sind sie (teilweise) anderweitig untergebracht?

| Tag        | Uhrzeit von - bis | = Stunden | Einrichtung Schule/Kita/Kiga | Uhrzeit von - bis | = Stunden | Betreuung durch |
|------------|-------------------|-----------|------------------------------|-------------------|-----------|-----------------|
| Montag     | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Dienstag   | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Mittwoch   | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Donnerstag | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Freitag    | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Samstag    | -                 |           |                              | -                 |           |                 |
| Sonntag    | -                 |           |                              | -                 |           |                 |

5. Während welcher Zeit täglich konnten Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während des Antragszeitraumes (siehe 1.) den Haushalt nicht weiterführen?

|                                                 |                                 |                                                                                    |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag bis Freitag     | von _____ bis _____ (Uhr) _____ | Bitte Nachweise<br>(z. B. Arbeitsbescheinigung,<br>Schichtplan, etc.)<br>beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Samstag                | von _____ bis _____ (Uhr) _____ |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sonn- und<br>Feiertage | von _____ bis _____ (Uhr) _____ |                                                                                    |

6. Haben Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während der eingangs genannten Zeit Tarifurlaub oder unbezahlten Urlaub genommen, weil eine geeignete Ersatzkraft nicht beschafft werden konnte?

|                               |                                                 |                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja, Tarifurlaub        | vom _____ bis _____ |
|                               | <input type="checkbox"/> Ja, unbezahlter Urlaub | vom _____ bis _____ |

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arbeitgebers

7. Fallen sonstige arbeitsfreie Zeiten des/der Antragstellers(in) oder einer anderen im Haushalt lebenden Person in den Zeitraum (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Ruhetage, Kurzarbeit, witterungsbedingte Arbeitslosigkeit usw.)?

|                               |                             |                     |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja | vom _____ bis _____ |
|                               |                             | vom _____ bis _____ |

8. 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/führen.  
☐ 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 beigelegt)/zahlen.

9. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf mein Konto zu überweisen

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz des Geldinstitutes

\_\_\_\_\_  
IBAN

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

**Rechnungsbelege sind beigelegt.**

\_\_\_\_\_  
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/Ihr oben genannter Patient hat die Gewährung einer Haushaltshilfe beantragt und hierfür sind wir auf Ihre ärztliche Mithilfe angewiesen.

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

1. An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
  2. Handelt es sich um eine schwere Erkrankung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung?  
☐ ja ☐ nein
  
  3. Handelt es sich um eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung?  
☐ ja ☐ nein
  
  4. Ist stationäre Krankenhausbehandlung geboten, aber durch die Haushaltshilfe nicht erforderlich oder kann sie durch die Haushaltshilfe abgekürzt werden?  
☐ ja ☐ nein
  
  5. Handelt es sich um eine schwere Erkrankung oder eine akute Verschlimmerung der Krankheit während einer Behandlung mittels Chemo- oder Strahlentherapie?  
☐ ja ☐ nein
- Bitte Behandlungsplan für die voraussichtliche Therapiedauer beifügen
- 
6. Wenn 2., 3., 4. und/oder 5. mit ja beantwortet wurde:  
 In welchem Zeitraum liegt eine schwere Erkrankung bzw. eine akute Verschlimmerung einer Krankheit vor?  
 \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

7. Ist die Erkrankung derart, dass der Haushalt nicht weitergeführt werden kann? ☐ ja ☐ nein
- 

8. Wenn 7. mit ja beantwortet wurde:

a) Es liegt ein Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung in folgenden Bereichen vor:

- ☐ Zubereiten der Mahlzeiten  
☐ Reinigen der Wohnung  
☐ Einkaufen  
☐ Sonstiges (z.B. Wäsche)

b) Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

c) täglicher notwendiger Hilfeansatz \_\_\_\_\_ Stunde(n) pro Tag

d) Ausführliche medizinische Begründung zur Einschränkung der Haushaltsführung:

---

---

---

9. Wurden wegen dieser Erkrankung Leistungen der häuslichen Krankenpflege verordnet? ☐ ja ☐ nein
- 

10. Wenn 9. mit ja beantwortet wurde:

- a) Wurde Grundpflege verordnet? ☐ ja ☐ nein  
b) Wurde Behandlungspflege verordnet? ☐ ja ☐ nein

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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