

Antrag auf Haushaltshilfe

Personalien des Mitglieds

Name, Vorname:				Versichertennummer:			
Anschrift:				Telefon:			
berufstätig an folgenden Tagen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von /bis							

Ehepartner/-in oder Lebenspartner/ -in

Name, Vorname und ggf. Geburtsname						Geburtsdatum	
Selbst versichert bei:				Tätigkeit Beruf			
berufstätig an folgenden Tagen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von/bis							

Leben Kinder im Haushalt? ja nein

Name, Vorname	Geburtsdatum	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen von/bis						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							

Das Kind _____ ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten/der Versicherten lebende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Grund):	an folgenden Tagen berufstätig von/bis						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

In Behandlung begibt/befindet sich _____ der Ehemann/die Ehefrau

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit
--	------

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____

<input type="checkbox"/> Fahrkostenerstattung bzw. Verdienstausfall für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung	<input type="checkbox"/> Erstattung des Verdienstausfalls auf Grund unbezahltem Urlaub
--	--	--	--

wegen: Krankenhausbehandlung häuslicher Krankenpflege
 Entbindung akuter Erkrankung
 Schwangerschaft
 Krankenhausbehandlung (stationäre Mitaufnahme)

Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher geführt von:	<input type="checkbox"/> mir	<input type="checkbox"/> meinem Ehemann/ meiner Ehefrau	<input type="checkbox"/> von einer sonstigen Person
--	------------------------------	---	---

1. Das Kind/die Kinder wird/werden außerhalb des eigenen Haushalts betreut:

nein ja, Kosten entstehen in Höhe von _____ € täglich.

2. Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, vollständige Anschrift _____

Telefonnummer: _____ (Angabe ist wichtig)

Die Vertrauensperson übt eine Beschäftigung aus: nein ja

3. Die Vertrauensperson ist mit dem Versicherten/der Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein ja, und zwar _____

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Es entstehen mir voraussichtlich Kosten in Höhe von _____ € je Stunde für _____ Stunden täglich.

Bankverbindung:

Bank _____ Kontoinhaber/-in _____

IBAN _____ BIC _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der pronova BKK unverzüglich mitteilen.

Datenschutzerklärung:
Ich bin damit einverstanden, dass die pronova BKK alle notwendigen Arztbriefe, Kur- und Krankenhaus-Entlassungsberichte, die im Zusammenhang mit meiner jetzigen Erkrankung stehen, einsieht und entbinde die Ärzte von der Schweigepflicht. Gegen die Weitergabe der Unterlagen an den Beratungsarzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zwecks Begutachtung habe ich nichts einzuwenden.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Telefon, tagsüber

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

für _____
Vorname Name, Geb.-Datum, Versichertennummer

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

<input type="checkbox"/> Akuter Erkrankung	
<input type="checkbox"/> oder Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung	
<input type="checkbox"/> oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung	<input type="checkbox"/> oder schwerer Krankheit
<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation vom _____ bis _____	

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nur eingeschränkt	in der Lage
-------------------------------------	--	-------------

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

<input type="checkbox"/> Kochen, Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen ab _____ kg
<input type="checkbox"/> Beaufsichtigung/Betreuung der Kinder		

Die Haushaltshilfe wird benötigt vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Ergänzende Hinweise (z.B. Fieber, Bettlägerigkeit):

--

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin