

Bescheinigung, Seite 1 zum Antrag auf Haushaltshilfe**DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE****BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!****1. ANGABEN ZUR PERSON**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Aufgrund eines Antrags auf Haushaltshilfe Ihrer Patientin/Ihres Patienten sind wir auf Ihre ärztliche Mithilfe angewiesen und bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen:

1. An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte?

☞ Angabe ICD-10 erforderlich!

Diagnose/n: _____

Befund/e: _____

Therapie/n: _____

Ist die Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung notwendig?

 ja nein

2. Kann aufgrund der Erkrankung/Schwangerschaft der Haushalt weitergeführt werden?

 ja nein

Ist Bettruhe verordnet?

 ja nein

3. Wurde im Krankenhaus behandelt?

 ja nein

• Wenn ja, wie erfolgte die Behandlung?

- stationär
- ambulant
- ambulante OP

• Behandlungszeitraum:

von _____ bis _____

• Kann die Krankenhausbehandlung durch die Gewährung einer Haushaltshilfe verkürzt oder sogar vermieden werden?

 ja, um _____ Tage verkürzt ja, generell vermieden nein

Bescheinigung, Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe

DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

4. Trat bei		eine akute Verschlimmerung einer Krankheit ein?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wann trat eine Verschlimmerung ein? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Wodurch kam es zu einer Verschlimmerung? <hr/>	
5. Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wann wurde ein Antrag gestellt? <hr/>	
Besteht Bedarf auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche Art von Versorgung ist erforderlich? <hr/>	
6. Welche Tätigkeiten können vom Versicherten noch selbst verrichtet werden?			
		Ja	Nein
Zubereitung der Mahlzeiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigen der Wohnung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom: _____		bis: _____	
Täglich notwendiger Hilfebedarf Stunde(n) _____		pro Tag	
Wöchentlich notwendiger Hilfebedarf Tag(e) _____		pro Woche	
X	X		
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes		

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Für die Angaben des Arztes ist die Nummer 01620 EBM berechnungsfähig.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 294 SGB V verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.