



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Antrag auf Haushaltshilfe

1.	Persönliche Angaben					
1.1	Die Haushaltshilfe ist notwendig	vom _____	bis _____			
1.2	Die Haushaltshilfe wird benötigt für	<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> meinen Ehepartner			
1.3	Die Haushaltshilfe wird benötigt	<input type="checkbox"/> während einer Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> während einer Rehabilitationsmaßnahme			
	Sollte einer der folgenden Gründe zutreffen, senden Sie uns die vom Arzt ausgefüllte „Bestätigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe“ zu	<input type="checkbox"/> nach einem Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> wegen Schwangerschaft oder Entbindung			
		<input type="checkbox"/> wegen akuter schwerer Erkrankung	<input type="checkbox"/> wegen einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung			
1.4	Der Haushalt wurde bisher geführt von	<input type="checkbox"/> mir	<input type="checkbox"/> meinem Ehepartner/Partner			
	(weitere Angaben folgen auf der nächsten Seite)	<input type="checkbox"/> uns zusammen	<input type="checkbox"/> einer anderen im Haushalt lebenden Person			
2.	Angaben zum Haushalt					
2.1	Außer mir leben folgende Personen im Haushalt					
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-verhältnis	Berufs-tätig	Schüler	Student
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

3.9	Die Haushaltshilfe wird für folgende Tätigkeiten benötigt	Täglich	Anzahl Stunden	Wöchentlich	Anzahl Stunden
	<input type="checkbox"/> Zubereiten von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Wohnung reinigen (putzen, saugen usw.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> einkaufen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen und bügeln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Kind/er betreuen und beaufsichtigen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. Art der Haushaltshilfe				
4.1	<input type="checkbox"/> selbstbeschaffte Ersatzkraft	vollständiger Name der Person oder des Unternehmens		
		Anschrift		
4.2	Die vereinbarte Vergütung beträgt	_____ Euro	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> je Stunde
4.3	Ich bin mit der Person verwandt/verschwägert	<input type="checkbox"/> ja, und zwar in folgender Weise _____		<input type="checkbox"/> nein
4.4	<input type="checkbox"/> Ersatz für Nettoverdienstaussfall wegen unbezahlten Urlaubs für	<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> meinen Ehepartner oder Partner	<input type="checkbox"/> Verwandte bis zum zweiten Grad (Großeltern, Eltern, Kinder, Enkel, Geschwister)
4.5	krankenversichert bei			



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
---------------	--------------	--------------------

Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe - vom Arzt auszufüllen -

1.	Die Haushaltshilfe ist erforderlich		
	<input type="checkbox"/> während einer Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> nach einem Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> wegen akuter, schwerer Erkrankung	<input type="checkbox"/> während einer Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> wegen Schwangerschaft oder Entbindung <input type="checkbox"/> wegen einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung	
2.	Die Haushaltshilfe ist aus folgendem Grund (Begründung und Diagnose) erforderlich		
2.1			
2.2	Die Patientin/der Patient ist bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Folgende Tätigkeiten können und/oder dürfen nicht ausgeübt werden		
	<input type="checkbox"/> Zubereiten von Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Wohnung reinigen (putzen, saugen usw.) <input type="checkbox"/> einkaufen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen und bügeln <input type="checkbox"/> Kind/er betreuen und beaufsichtigen	
4.	Umfang der Haushaltshilfe		
4.1	Die Patientin/der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes		
	seit dem _____		bis voraussichtlich _____
	<input type="checkbox"/> eingeschränkt in der Lage	<input type="checkbox"/> nicht mehr in der Lage	
4.2	Haushaltshilfe wird für _____ Stunde/n pro Tag benötigt.		
	Haushaltshilfe wird für _____ Stunde/n pro Woche benötigt.		

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes