

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22777 Hamburg

Gesetzliche Krankenversicherung
Postanschrift DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg
Telekontakt Telefon: 02303 986920
Telefax: 02303 98692-7110
24 Stunden an 365 Tagen

Versicherter

Vorname, Nachname: _____

Versicherten-Nr.: _____

Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Bahnhofstr. 72 - 76
59423 Unna
Mo - Mi 08:00 - 18:00 Uhr
Do 08:00 - 17:00 Uhr
Fr 08:00 - 13:00 Uhr

Antrag auf Haushaltshilfe ohne Kinder

Sie haben einen Antrag auf Haushaltshilfe gestellt. Damit wir prüfen können, ob wir die Kosten übernehmen können, benötigen wir diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Antragsteller(in)	1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
	Der Betrag soll auf folgendes Bankkonto überwiesen werden:			
	IBAN		BIC (nur bei Auslandsbankverbindung)	
	Geldinstitut			
Kontoinhaber (falls abweichend)				

Antragsgrund	2	☐ Ich bin ☐ ambulant ☐ stationär im Krankenhaus		von/am	bis
	Bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus:				
	Es handelt sich um eine Serienbehandlung..... ☐ nein ☐ ja				
	Nächster Termin:		Datum		
	☐ Ich wurde / werde ambulant operiert am:		Datum		
	☐ Meine bereits bestehende Erkrankung hat sich akut verschlimmert am:		Datum		
	☐ Bei mir ist eine schwere Erkrankung eingetreten am:		Datum		
	☐ Es liegt Pflegebedürftigkeit vor ☐ nein ☐ ja, mit einem Pflegegrad von		Pflegegrad		
☐ Die Erkrankung ist Folge					
☐ eines Arbeitsunfalls ☐ nein ☐ ja ... Unfalltag					
☐ eines privaten Unfalls ☐ nein ☐ ja ...					
☐ eines Behandlungsfehlers ☐ nein ☐ ja					
Ich erhalte für die Erkrankung Leistungen vom Versorgungsamt ☐ nein ☐ ja					

3 In meinem Haushalt leben ☐ keine weiteren Personen

☐ folgende Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

☐ Diese können den Haushalt nicht führen

(bei medizinischen Gründen bitte ärztliches Attest beifügen, welche Einschränkungen bestehen)

Grund

- ☐ bezahlten Urlaub
☐ unbezahlten Urlaub
☐ bezahlte Freistellung

vom	bis

Während der Zeit, für die ich Haushaltshilfe beantrage, hat die andere im Haushalt lebende Person ...

Mein Haushalt wurde bisher geführt von ...

- ☐ mir ☐ der anderen im Haushalt lebenden Person
☐ mir und der anderen im Haushalt lebenden Person gemeinsam
☐ einer anderen, nicht im Haushalt lebenden Person, die folgende Tätigkeiten durchgeführt hat:

☐ Ich kann meinen Haushalt voraussichtlich wieder selbst führen ab

Datum

Ich bin / die andere im Haushalt lebende Person ist ...

- ☐ nicht berufstätig
☐ berufsbedingt abwesend

Tag	von	Uhrzeit	bis	= Std.
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Die anderen im Haushalt lebenden Personen sind ...

- ☐ nicht berufsbedingt abwesend
☐ berufstätig abwesend

Tag	von	Uhrzeit	bis	= Std.
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

☐ Ich benötige bei folgenden Arbeiten Hilfe im Haushalt:

4 ☐ Ich kenne keine Person/Einrichtung und beantrage die Vermittlung einer Ersatzkraft

☐ Mein Haushalt wird weitergeführt von ...

Name und Anschrift

o ab _____ an _____ Tagen in der Woche für _____ Std.

o ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert ☐ nein ☐ ja ... wie? _____

o hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von _____ € ☐ stündlich ☐ täglich

5 Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar
 Vorwahl / Rufnummer (Angabe ist freiwillig)

--	--

Angaben zum Haushalt und zur Haushaltsführung

Angaben zur Haushaltsführung

Antwort

Versicherter

Vorname, Nachname: _____

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Versicherten-Nr.: _____

**Ärztliches Attest über die
Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

Die Übermittlung dieser Daten ist gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X) zulässig und erforderlich.

für

Name, Vorname der / des haushaltsführenden Versicherten	Geburtsdatum
---	--------------

☞ Der / die obengenannte Versicherte ist aus medizinischer Sicht nicht / nur eingeschränkt in der Lage, seinen Haushalt weiter zu führen

ab _____ bis voraussichtlich _____

Die Haushaltshilfe wird benötigt für _____ Stunden an _____ Tagen je Woche.

Der / die Versicherte konnte seinen Haushalt bisher in vollem Umfang selbst führen ... ☐ ja

☐ nein ggf. bisherige Einschränkungen

☐ Die stationäre Behandlung endet (voraussichtlich) am _____ Datum

☐ Der / die Versicherte wurde ambulant im Krankenhaus / ambulant operiert am _____ Datum

☐ Eine bestehende Erkrankung hat sich akut verschlimmert am _____ Datum

☞ Eine schwere Krankheit besteht seit _____ Datum

☞ Bitte geben Sie hier die Diagnose und daraus folgende krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Haushaltsführung an:

Diagnose:

➤ **Krankheitsbedingte Einschränkungen - benötigt Hilfe bei:**

z.B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigen der Wohnung, Wäsche waschen, Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

➤ *Ihre Bemühungen können Sie nach
der EBM-Ziffer 01620 abrechnen*