

Versicherte/r:

KVNR:

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen:

- voll-/ teilstationärer Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- Schwangerschaft / Entbindung; voraussichtlicher Entbindungstermin: _____
- Schwangerschaftsbeschwerden
 - Entbindung
 - Folgen der Entbindung
- Schwerer Krankheit entsprechend § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V
- akuter ambulanter Krankenbehandlung

Grund (Diagnose):

(Angaben zu Diagnose/Beschwerden/Therapie bitte ausführlich schildern)

Die Patientin/ der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes

- nicht mehr
- nur eingeschränkt

in der Lage.

Die Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht notwendig

vom _____ bis _____

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 BMÄ berechnungsfähig.

Datenschutzhinweise § 67a Abs.2 Nr. 2 und Abs. 3 und Abs. 4 SGB X: Die personenbezogenen medizinischen Daten sind zur Beurteilung des Antrages auf Haushaltshilfe notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 248 Abs. 1 Nr. 4 iVm. § 38 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V iVm. § 100 Abs. 1 SGB X.