

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname:

geboren am:

Anschrift:

Versichertennummer:

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts
vom _____ bis _____ nicht/nur eingeschränkt möglich wegen:

- ☐ schwerer Krankheit/akuter Verschlimmerung einer Krankheit
- ☐ einer aus medizinisch notwendigen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Kindes
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Entbindung und deren Folgen

Diagnosen und Befunde:

Die Haushaltshilfe ist aus folgendem Grund notwendig:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unfallfolgen/Schädigung durch Dritte | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> ärztliche Privatleistung |
| <input type="checkbox"/> Schädigung im Sinne des BVG (Kriegsopferversorgung) | |

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen von dem Patient/der Patientin nicht ausgeübt werden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zubereiten der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen/bügeln |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Die Angaben können nach EBM Nr. 01621 abgerechnet werden.

Die Datenerhebung beruht auf § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung von Haushaltshilfe erforderlich.