

**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:**

- Unfallfolgen/Schädigung durch Dritte
- Berufskrankheit
- Arbeitsunfall
- ärztliche Privateistung
- Schädigung im Sinne des BVG (Kriegsopferversorgung)

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

- Zubereiten der Mahlzeiten
- Einkaufen
- Reinigen der Wohnung
- Wäsche waschen/bügeln
- Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
- 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.