

Bitte senden an:

### Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

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

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

➤ Die/der Versicherte kann ab/seit  Datum bis voraussichtlich  Datum

ihren/seinen Haushalt  nicht mehr oder  nur noch eingeschränkt weiterführen.

Die Haushaltshilfe wird für täglich  Stunden benötigt an  Tagen in der Woche.

➤ Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen einer:

Erkrankung

Wurde aufgrund der Erkrankung Bettruhe verordnet?  nein  ja

wenn ja: von  Datum bis  Datum

Schwangerschaft/Entbindung

Liegt eine Erkrankung in Folge der Schwangerschaft/Entbindung vor?  nein  ja

wenn ja: seit  Datum

Wurde Bettruhe verordnet?  nein  ja

wenn ja: von  Datum bis  Datum

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

**Diagnose/n:**

---

---

---

---

---

**Krankheitsbedingte Einschränkungen - benötigt Hilfe bei:**

z.B. Einkäufen, 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*